



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN
DI UNIT GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT BHINEKA BAKTI HUSADA
TAHUN 2009**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit

LILIS KURNIAH RAHMAWATI
NPM : 0706190036


**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
DESEMBER 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
Telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Lilis Kurniah Rahmawati

NPM : 0706190036

Tanda Tangan : 

Tanggal : 23 Desember 2009

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Lilis Kurniah Rahmawati
NPM : 0706190036
Mahasiswa Program : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tahun Akademik : 2007 / 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Analisis Kejadian Tidak Diharapkan Di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Tahun 2009

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 23 Desember 2009



(Lilis Kurniah Rahmawati)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Lilis Kurniah Rahmawati
NPM : 070190036
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : **Analisis Kejadian Tidak Diharapkan Di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Tahun 2009**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Mieke Savitri, dr, Mkes

Penguji 1 : Wahyu Sulistiadi, drg, MARS

Penguji 2 : H. E. Kusdinar Achmad, dr, MPH

Penguji 3 : Gatot Soeryo Koesoemo, dr, MM, DK

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 23 Desember 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit Peminatan Kajian Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Mieke Savitri, Mkes selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
2. Panitia Sidang Ujian Tesis S2 Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit yang membantu kelancaran proses sidang.
3. Direktur RS Bhineka Bakti Husada beserta staf, khususnya staf Unit Gawat Darurat dan Rekam Medik yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan.
4. Orang tua, mertua, suami dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan moril dan material, dan
5. Rekan-rekan Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit angkatan 2007 yang banyak mendorong semangat selama masa pendidikan dan proses ujian.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah banyak membantu. Semoga tesis ini bermanfaat bagi perkembangan ilmu

Depok, 23 Desember 2009

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Lilis Kurniah Rahmawati
NPM : 0706190036
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Analisis Kejadian Tidak Diharapkan
Di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada
Tahun 2009

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 23 Desember 2009

Yang menyatakan



(Lilis Kurniah Rahmawati)

ABSTRAK

Nama : Lilis Kurniah Rahmawati
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Analisis Kejadian Tidak Diharapkan Di Unit Gawat Darurat
Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada Tahun 2009

Tesis ini membahas mengenai kejadian tidak diharapkan (adverse event) yang terjadi di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada bulan Oktober-November 2009. Bertujuan untuk mengetahui factor-faktor kontribusi yang mempengaruhi kejadian tidak diharapkan tersebut yang bermanfaat bagi rumah sakit untuk mengelola manajemen risiko dengan memberikan pelayanan yang aman dan mengutamakan keselamatan pasien. Upaya meminimalkan resiko akan melindungi rumah sakit dari tuntutan yang meningkat terhadap rumah sakit akhir-akhir ini. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain deskriptif analitik. Kesimpulan penelitian memberikan gambaran factor kontribusi langsung maupun tidak langsung yang mempengaruhi kejadian tidak diharapkan. Saran untuk rumah sakit untuk meningkatkan upaya pengelolaan manajemen resiko melalui peningkatan kualitas pelayanan dan peran serta staf.

Kata kunci : kejadian tidak diharapkan, manajemen resiko, keselamatan pasien, faktor kontribusi.

ABSTRACT

Name : Lilis Kurniah Rahmawati
Study Program : Hospital Administration Study
Title : Analysis The Adverse Event In The Emergency Care Unit of
Bhineka Bakti Husada Hospital in 2009

The thesis works through the adverse event occurring in the Emergency Care Unit of Bhineka Bakti Husada Hospital in October – November 2009. It is purposed to find out the contribution factors having an affect on the adverse event which are advantageous for the hospital to handle risk management with giving secure service and accentuating its patient's safety. The effort to minimize risk will protect from the claims to the hospital which have been increasing recently. This research is a qualitative research with analytically descriptive design. Its conclusion describes either direct or indirect contribution factors which affect adverse event. The suggestion for the hospital is to increase risk management effort with improving its quality and staff's role.

Key words : adverse event, risk management, patient's safety, contributory factors

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR	ii
ABSTRAK	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GRAFIK	vii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	5
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	7
1.5. Manfaat Penelitian	7
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Rumah Sakit	9
2.2. Unit Gawat Darurat	10
2.3. Keselamatan Pasien	15
2.4. Manajemen Risiko	24
2.5. Analisis Insiden Klinis	30
BAB 3 GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	
3.1. Sejarah dan Perkembangan Rumah Sakit	32
3.2. Aspek Legal	32
3.3. Visi dan Misi	33
3.4. Produk Jasa	34
3.5. Struktur Organisasi	36
3.6. Ketenagaan	36
3.7. Indikator Kinerja	38
3.8. Unit Gawat Darurat	40

BAB 4	KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
	4.1. Kerangka Teori	43
	4.2. Kerangka Konsep	45
	4.3. Definisi Istilah	47
BAB 5	METODE PENELITIAN	
	5.1. Rancangan Penelitian	51
	5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	51
	5.3. Etika Penelitian	52
	5.4. Informan	52
	5.5. Pengumpulan Data	53
	5.6. Analisis Data	55
	5.7. Validitas Hasil Penelitian	57
BAB 6	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	6.1. Proses Penelitian	58
	6.2. Kendala Penelitian	61
	6.3. Keterbatasan Penelitian	62
	6.4. Karakteristik Informan	63
	6.5. Identifikasi Kejadian Tidak Diharapkan	66
	6.6. Menyusun Kronologis	68
	6.7. Identifikasi Masalah Pelayanan Asuhan Klinis.....	76
	6.8. Analisis Faktor Kontribusi	78
	6.9. Analisis Faktor Kontribusi Langsung	79
	6.10. Analisis Faktor Kontribusi Tidak Langsung	98
	6.11. Tahap Akhir Untuk Mendapatkan Kesepakatan Melalui CDMG	105
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN	
	7.1. Kesimpulan	107
	7.2. Saran	109
	DAFTAR PUSTAKA	113

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Jenis dan Jumlah Tempat Tidur di RSBBH	35
Tabel 3.2.	Komposisi Tenaga Kerja di RSBBH	37
Tabel 3.3.	Komposisi Tenaga Medis di RSBBH	38
Tabel 3.4.	Tenaga Perawat berdasarkan Pendidikan & Status Kepegawaian	40
Tabel 3.5.	Realisasi Pengembangan SDM tahun 2008	40
Tabel 3.6.	Data Kunjungan UGD, Meninggal dan DOA	41
Tabel 3.7.	Data Rujukan UGD Berdasarkan Usia & Alasan Merujuk	42
Tabel 4.1.	Definisi Istilah	47
Tabel 6.1.	Karakteristik Informan I (Manajemen)	64
Tabel 6.2.	Karakteristik Informan II (Pelaksana)	65
Tabel 6.3.	Ringkasan Kronologis Pemberian Asuhan Klinis Pada Pasien...	69
Tabel 6.4.	Masalah Asuhan Klinis (<i>Care Delivery Problems</i>).....	77
Tabel 6.5.	Rekapitulasi Faktor Kontribusi	78
Tabel 6.6.	Daftar SOP Unit Gawat Darurat	81
Tabel 6.7.	Faktor Kontribusi Tugas (Prosedur Kerja)	83
Tabel 6.8.	Faktor Kontribusi Kerjasama Tim	85
Tabel 6.9.	Faktor Kontribusi Petugas	89
Tabel 6.10.	Faktor Kontribusi Lingkungan Kerja	91
Tabel 6.11.	Faktor Kontribusi Komunikasi.....	94
Tabel 6.12.	Faktor Kontribusi Pasien	98
Tabel 6.13.	Faktor Kontribusi Organisasi dan Manajemen	99
Tabel 6.14.	Faktor Kontribusi Eksternal/Institusional RS	104

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1.	Kunjungan Rawat Jalan RSBBH	39
Grafik 3.2.	Pemanfaatan Tempat Tidur RSBBH	40

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Konstruksi Medis Dan Hukum	19
Gambar 2.2.	<i>Reason's Adapted Organizational Accident Causation Model ..</i>	20
Gambar 2.4.	<i>Multi Causal Theory "Swiss Cheese" Diagram (Reason, 1991)</i>	24
Gambar 4.1.	Lingkup Penelitian	43
Gambar 4.2.	Kerangka Teori KTD di Rumah Sakit	44
Gambar 4.2.	Kerangka Konsep	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Pedoman Focus Group Discussion
Lampiran 2	Lembar Pelaporan Kejadian Tidak Diharapkan UGD RS Bhineka Bakti Husada
Lampiran 3	Tipe Insiden dan Subtipe Insiden
Lampiran 4	Faktor Kontribusi, Komponen dan Subkomponen
Lampiran 5	Pedoman Wawancara Mendalam
Lampiran 6	Data Informan Wawancara Mendalam
Lampiran 7	Matrix Hasil Wawancara Mendalam
Lampiran 8	Pedoman Observasi Partisipatif
Lampiran 9	Alur Pasien Unit Gawat Darurat
Lampiran 10	Bagan Organisasi Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada
Lampiran 11	Denah Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Akhir-akhir ini tuntutan hukum yang diajukan oleh pasien atau keluarganya kepada pihak rumah sakit atau dokter semakin meningkat. Tuntutan hukum tersebut dapat berupa tuntutan pidana maupun perdata, dengan hampir selalu mendasarkan kepada teori hukum kelalaian. Upaya meminimalkan tuntutan hukum terhadap rumah sakit beserta stafnya pada dasarnya merupakan upaya mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan (*preventabl adverse events*), atau berarti seluruh upaya mengelola risiko dengan berorientasikan kepada keselamatan pasien.

Keselamatan pasien sebenarnya bukanlah hal baru dalam dunia pelayanan medis. 2400 tahun yang lalu Hipocrates telah mengeluarkan fatwa "*Primum, Non Nocere*" (*First, Do No Harm*). Fatwa ini menunjukkan dengan jelas bahwa keselamatan pasien adalah hal yang harus diutamakan dan merupakan hal yang melekat dalam upaya pemberian pelayanan medis atau pengobatan. Namun dengan berkembangnya ilmu dan teknologi kedokteran, dan juga terjadinya pergeseran fungsi rumah sakit yang semula berorientasi sosial menjadi sosio ekonomi, maka keselamatan pasien ini menjadi terabaikan.

Pada tahun 2000, dunia dikagetkan dengan adanya laporan "*To Err is Human*" yang melaporkan banyaknya kejadian tidak diharapkan yang terjadi di Rumah Sakit. Setelah munculnya laporan tersebut, maka issue keselamatan pasien menjadi issue global sampai sekarang. Bahkan WHO pada tahun 2004 mencanangkan "*Global Alliance For Patient Safety*" yang mengangkat kembali fatwa yang disampaikan oleh Hipocrates di atas.

Isu sentral yang sering muncul adalah kesalahan medik (*medical error*), yang sering berlanjut dengan tuntutan hukum, baik kepada dokter, petugas kesehatan, maupun rumah sakit. Kesalahan medik bisa menimbulkan efek samping, bahkan juga cacat dan kematian (Siswono, 2001). Tahun 1999, laporan

dari *The Institute of Medicine (IOM)* bahwa setiap tahun di Amerika, *medical error* menyebabkan kematian pada 44.000 – 98.000 pasien. Angka kematian ini jauh lebih besar dari angka kematian yang disebabkan oleh delapan penyebab utama kematian di Amerika. Diperkirakan biaya total yang harus dikeluarkan untuk mengatasi *medical error* mencapai US\$ 17 - 29 milyar (Dwiprahasto, I & Kristin, E, 2008). Tahun 2004 WHO menampilkan data kejadian tidak diharapkan (KTD) dari rumah sakit di berbagai negara maju sebesar rata-rata 10%.

Kejadian tidak diharapkan atau *Adverse Event*, sebenarnya hal yang dapat dicegah. Dari hasil studi *Harvard Medical Practise* menunjukkan bahwa 74% dari seluruh pasien yang mengalami kejadian tidak diharapkan di kamar operasi ternyata dapat dicegah (*preventable*), dan untuk pasien di luar kamar operasi 65% kejadian tidak diharapkan dapat dicegah (Angsar, 2003 dalam Raharjo Saptono, 2006).

Upaya dalam mencegah kejadian tidak diharapkan ini merupakan bagian utama dalam manajemen resiko di Rumah Sakit yang merupakan salah satu pilar dari *Good Clinical Governance*. Sebagaimana yang dikemukakan oleh *The Joint Commition on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*, pengertian dari manajemen resiko adalah aktivitas klinis dan administratif yang dilakukan oleh rumah sakit untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan resiko terjadinya cedera atau kerugian pada pasien, petugas, pengunjung dan rumah sakit itu sendiri.

Di Indonesia, tuntutan hukum akibat adanya dugaan malpraktek medik pun meningkat dengan semakin berkembangnya pengetahuan medis masyarakat. Hal ini diperkuat dengan laporan Herkutanto yang mengungkapkan bahwa selama tahun 1999 sampai dengan tahun 2004 di Indonesia tercatat ada 126 gugatan tuduhan malpraktek yang menimpa rumah sakit di Jakarta dan sekitarnya. Sampurna, Budi juga mengatakan bahwa selama lima tahun (1997 sampai dengan 2001) Majelis Kode Etik Kedokteran (MKEK) IDI Wilayah DKI telah menerima 63 kasus tuduhan malpraktek.

Salah satu kunci sukses untuk pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit adalah bagaimana pimpinan mampu menggalang budaya kerja yang mengarah pada kualitas dan keselamatan dalam aktifitas sehari-hari. Juga mampu

menciptakan suasana kerja yang kondusif, terbuka dan adil, dalam suatu sistem dan prosedur pelayanan serta keselamatan pasien terpadu yang disusun secara jelas, terukur dan praktis. Tenaga kesehatan mempunyai peranan penting dalam mendukung program *patient safety*. Pengelolaan dan antisipasi resiko medis harus didukung dengan sumber daya manusia kesehatan yang memiliki pengetahuan, kompetensi dan sikap yang baik (KKPRS, 2005)

Keselamatan pasien ini menjadi issue sentral di Indonesia ditandai dengan pendirian KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) oleh Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) pada tahun 2005. Dan semakin dirasakan pentingnya mengutamakan keselamatan pasien dengan disyehkannya Undang-Undang Rumah Sakit pada bulan Oktober 2009 ini yang mencantumkan *Patient Safety* dalam 5 (lima) ayat dalam pasal-pasal nya. Terutama dengan aspek hukum yang ditimbulkan sebagai akibat dari Rumah Sakit yang tidak memperhatikan keselamatan pasien.

Di Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada, kejadian tidak diharapkan pun tak dapat dielakkan. Walaupun pelaporan KTD di rumah sakit ini tidak pernah dilakukan tetapi satu tahun terakhir ini terdapat rata-rata 11 sampai dengan 15 komplain per bulan dari pasien, baik medis maupun non medis, yang disampaikan kepada manajemen rumah sakit. Satu pengaduan dugaan malpraktek bahkan disampaikan ke MKDKI oleh pasien setelah sebelumnya dilakukan pelaporan ke Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (YLKI) Kesehatan. Hal ini cukup menyentak pihak rumah sakit dan membangkitkan kesadaran pentingnya keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan di rumah sakit.

Penelitian untuk melihat adanya kejadian tidak diharapkan atau *adverse event* akan dilakukan di Unit Gawat Darurat (UGD) RS Bhineka Bakti Husada. Karena UGD merupakan unit pelayanan yang sangat strategis dan menentukan hasil asuhan klinis pada pasien dengan tingkat resiko klinis yang tinggi. Kondisi pasien di UGD membutuhkan tindakan yang cepat dan tepat karena seringkali pasien datang dalam *golden periode* yaitu periode untuk diberikan pengobatan atau tindakan pertolongan pertama sesegera mungkin. Sehingga diperlukan keterampilan, *respon time*, persediaan obat-obat *live saving*, asuhan klinis serta protap dan peralatan penunjang yang baik dan memenuhi persyaratan yang telah

ditetapkan oleh Departemen Kesehatan. Disamping itu visi RS Bhineka Bakti Husada adalah menjadi rujukan perawatan medis akut yang identik dengan pelayanan UGD.

Dugaan terjadinya KTD di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada didasarkan pada observasi awal dan terdapat lebih kurang 4 (empat) sampai 5 (lima) komplain dalam tahun 2009 ini. Komplain ini tidak hanya berasal dari pasien tetapi juga datang dari ruang perawatan dan dokter konsulen yang merupakan rawat lanjutan setelah dilayani di UGD. Kondisi fasilitas dan jarangnyanya pelatihan diduga merupakan salah satu faktor kontribusi penyebab kejadian tidak diharapkan. Keterbatasan fasilitas terlibat dengan tingginya angka rujukan, rata-rata 100 sampai 150 rujukan ke luar rumah sakit per bulan.

Pada Juni 2008, penelitian serupa pernah dilakukan di IGD RS "X" Jakarta oleh Saptono Raharjo. Dari penelitian tersebut diperoleh kesimpulan bahwa faktor kontribusi resiko klinis yang cukup besar secara langsung mempengaruhi terjadinya KTD atau *adverse event* adalah :

- a. Faktor pasien meliputi kondisi pasien yang sudah serius dan mengancam nyawa.
- b. Faktor kerja sama tim, antara lain supervisi atasan langsung sebagai fungsi monitoring dan evaluasi pelaksanaan tugas masih kurang memadai dan komunikasi yang belum efektif.
- c. Faktor lingkungan kerja meliputi beban kerja staf medis saat bertugas di UGD dan peralatan medis untuk observasi pasien intensif kurang memadai, khususnya peralatan bantuan hidup lanjut dan pemantauan kondisi pasien sebelum dilakukan alih rawat ke ruang intensif.
- d. Faktor individu meliputi masih kurang memadainya keterampilan staf medis melakukan manajemen jalan nafas pada saat resusitasi, tindakan venaseksi, tindakan intial assesment dan melakukan triase.
- e. Faktor tugas atau prosedur kerja yang berkontribusi terhadap terjadinya *adverse event*, antara lain belum tersedianya SOP atau protokol tindakan-tindakan, observasi intensif dan SOP yang implementasinya kurang memadai seperti SOP konsultasi kasus yang

memerlukan penanganan dua atau lebih dokter konsulen dan SOP registrasi pasien.

Faktor yang mempengaruhi secara tidak langsung masalah pelayanan asuhan klinis di UGD antara lain :

- a. Faktor organisasi dan manajemen, dimana sering kali struktur organisasi KPPRS belum dibentuk secara formal, hanya secara informal.
- b. Faktor konteks konstitusional yang meliputi aspek resiko medikolegal, antara lain Undang-undang No. 9/2004 tentang praktik Kedokteran, terutama yang terkait dengan pembatasan tempat izin praktek, dan adanya sanksi pidana bagi yang melanggar.

Banyak kerugian yang dapat ditimbulkan pada rumah sakit dengan adanya komplain dan kejadian yang tidak diharapkan ini. Meliputi aspek finansial, aspek legal dan aspek reputasi. Bahkan akibat yang ditimbulkan dapat bersifat katastrofik bagi rumah sakit, kerugian yang amat fatal karena besarnya penggantian finansial dan akibat image yang buruk terhadap rumah sakit.

Sehingga penting sekali bagi setiap rumah sakit untuk selalu berusaha mengenali atau mengidentifikasi, melaporkan, membuat assesmen kejadian yang potensial menimbulkan masalah, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko dan mengembangkan sistem pengelolaan resiko tersebut termasuk belajar dari insiden yang terjadi. Hal ini sangat erat terkait dengan upaya perbaikan kualitas pelayanan yang terus menerus dan fokus kepada pelanggan atau pasien.

1.2. Perumusan Masalah

Akhir-akhir ini tuntutan hukum yang diajukan oleh pasien atau keluarganya kepada pihak rumah sakit atau dokter semakin meningkat kekerapannya. Upaya meminimalkan tuntutan hukum terhadap rumah sakit beserta stafnya pada dasarnya merupakan upaya mencegah terjadinya *preventable adverse events*, atau berarti seluruh upaya mengelola risiko dengan berorientasikan kepada keselamatan pasien.

Tahun 1999, laporan dari *The Institute of Medicine* (IOM) bahwa setiap tahun di Amerika, *medical error* menyebabkan kematian pada 44.000 – 98.000 pasien. Tahun 2004 WHO menampilkan data KTD dari rumah sakit di berbagai negara maju sebesar rata-rata 10%.

Di Indonesia, dari laporan Herkutanto mengungkapkan bahwa selama tahun 1999 sampai dengan tahun 2004 di Indonesia tercatat ada 126 gugatan tuduhan malpraktek yang menimpa rumah sakit di Jakarta dan sekitarnya. Sampurna, Budi juga mengatakan bahwa selama lima tahun (1997 sampai dengan 2001) Majelis Kode Etik Kedokteran (MKEK) IDI Wilayah DKI telah menerima 63 kasus tuduhan malpraktek.

Di Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada, pelaporan KTD di rumah sakit belum dilakukan secara terorganisir. Tetapi terjadi pengaduan yang disampaikan ke Majelis Kehormatan Kedokteran Indonesia (MKDKI) oleh pasien pada tahun 2007 s.d 2008 setelah sebelumnya dilakukan pelaporan ke YLKI Kesehatan. Dan telah diputuskan pada bulan September 2009 yang lalu bahwa dokter tersebut tidak kompeten sehingga diberikan sanksi tidak praktek selama 3 (tiga) bulan. Penelitian untuk melihat adanya kejadian tidak diharapkan atau *adverse event* dilakukan di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada pada bulan Oktober - Nopember 2009. Karena UGD merupakan unit pelayanan rumah sakit yang sangat strategis dan menentukan hasil asuhan klinis pada pasien, juga merupakan unit pelayanan dengan tingkat resiko yang tinggi. Disamping itu visi RS Bhineka Bakti Husada adalah menjadi rujukan perawatan medis akut yang identik dengan pelayanan UGD.

Penelitian ini dilakukan mengingat penting bagi rumah sakit untuk mengenali atau mengidentifikasi, membuat assesmen kejadian yang potensial menimbulkan masalah, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko dan mengembangkan sistem pengelolaan resiko tersebut termasuk belajar dari insiden yang terjadi.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Faktor-faktor kontribusi apa saja yang berpengaruh terhadap kejadian tidak diharapkan (*Adverse Event*) di UGD Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis kejadian tidak diharapkan (KTD) di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada, sehingga didapatkan gambaran faktor-faktor apa saja yang mempengaruhinya.

1.4.2. Tujuan Khusus

1.4.2.1. Untuk mengidentifikasi adanya kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi di UGD Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada.

1.4.2.2. Untuk mengetahui faktor-faktor kontribusi apa saja yang berpengaruh terhadap kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *adverse event* di UGD Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada, baik faktor langsung maupun faktor tidak langsung.

1.4.2.3. Memberikan kemungkinan langkah yang diambil Rumah Sakit dalam mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *adverse event* di UGD Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada.

1.5. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diberikan oleh penelitian ini bersifat aplikatif terutama bagi Rumah Sakit, khususnya Unit Gawat Darurat.

1.5.1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan bagi rumah sakit untuk membuat program yang bertujuan mengenali atau mengidentifikasi kejadian tidak diharapkan yang terjadi di UGD, selanjutnya membuat laporan, membuat assesmen kejadian yang potensial menimbulkan masalah, menyusun program pengelolaan resiko dan mengembangkan sistem pengelolaan resiko tersebut termasuk belajar dari insiden yang terjadi.

Metode pelaporan insiden yang digunakan dalam penelitian dapat digunakan oleh Rumah Sakit untuk mengenali adanya kejadian tidak diharapkan dan kemudian dijadikan metode pelaporan insiden kejadian resiko di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada. Yang kemudian dapat dikembagkan untuk seluruh unit kerja di rumah sakit.

Penelitian ini dapat memberikan pemahaman yang lebih baik dan kepekaan dari petugas yang bekerja di Unit Gawat Darurat tentang adanya kejadian yang tidak diharapkan sehingga dapat dijadikan langkah awal untuk membangun budaya keselamatan pasien.

1.5.2. Bagi Peneliti

Untuk mendapatkan pengalaman dan wawasan dalam mengelola dan menyikapi kejadian yang berpotensi menimbulkan masalah (penerapan manajemen resiko) serta belajar dari insiden tersebut. Selanjutnya digunakan untuk penyusunan program peningkatan kualitas pelayanan dengan berorientasikan pada keselamatan pasien.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian menganalisa kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *adverse event* ini dilakukan di UGD Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada. Karena Unit Gawat Darurat merupakan salah satu unit pelayanan rumah sakit yang sangat strategis dan menentukan hasil asuhan klinis pada pasien dan merupakan unit pelayanan dengan tingkat resiko yang tinggi. Disamping menjadi visi utama RS Bhineka Bakti Husada.

Penelitian dilakukan pada bulan Oktober-Nopember tahun 2009. Penelitian dilakukan dengan metode pendekatan Reason's Organisationa Accident Model , yang bersifat retrospektif. Kejadian yang tidak diharapkan merupakan bagian dari sistem pelayanan menyeluruh di rumah sakit yang timbul karena multi faktorial. Objek penelitian adalah pasien, petugas dan pemberian asuhan klinis pelayanan Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada. Penelitian dilakukan dengan metode Kualitatif bersifat analitik deskriptif. Data-data didapatkan dengan cara *FGD (Focus Group Discussion)*, wawancara mendalam, *concensus decision making group (CDMG)*, observasi partisipatif terhadap pelayanan di UGD dan telaah dokumen.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rumah Sakit

2.1.1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit didefinisikan oleh WHO (*World Health Organization*) sebagai bagian menyeluruh (integral) dari sosial dan medis yang mempunyai fungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat baik pengobatan maupun pencegahan, dimana pelayanan keluarga menjangkau keluarga dan lingkungannya, rumah sakit juga merupakan pusat untuk latihan tenaga dan untuk penelitian biososial.

Dalam Peraturan Menkes RI Nomor 1045/Menkes/Per/XI/2006 rumah sakit didefinisikan sebagai suatu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera, dan melahirkan. Dalam Undang-undang Rumah Sakit terbaru, tahun 2009 didefinisikan sebagai berikut Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.2. Fungsi dan Tugas Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menkes 1045 tahun 2006 disebutkan bahwa RS mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan, dan pelatihan. Rumah sakit juga dapat bertugas untuk melaksanakan penelitian, pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan berdasarkan kemampuan pelayanan kesehatan dan kapasitas sumber daya organisasi yang dimiliki. Rumah sakit mengemban fungsi :

- a. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier.

- b. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- c. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan.
- d. Pelaksanaan administrasi rumah sakit.

Rumah sakit juga mempunyai fungsi sosial yang mencerminkan upaya pelayanan medik dengan mempertimbangkan imbalan jasa yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan menyediakan sebagian dari fasilitas pelayanan rawat inap untuk orang yang kurang dan atau tidak mampu membayar sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Permenkes RI Nomor 920/Men.Kes/Per/XII/86).

2.2. Unit Gawat Darurat

Unit gawat darurat merupakan salah satu unit di rumah sakit yang memberikan pelayanan penanggulangan penderita gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian kegiatan untuk mencegah kematian (*life saving*) atau cacat yang mungkin terjadi. (Depkes RI, 2003)

Berikut ini adalah Standard Pelayanan UGD yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit pada umumnya melayani pasien-pasien dengan kriteria sebagai berikut :

a. Pasien Gawat Darurat

Pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya.

b. Pasien Gawat Tidak Darurat

Pasien berada dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat, misalnya kanker stadium lanjut

c. Pasien Darurat Tidak Gawat

Pasien akibat musibah yang datang tiba-tiba, tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya, misalnya luka sayat dangkal.

d. Pasien Tidak Gawat Tidak Darurat

Misalnya pasien dengan ulcus tropium, TB Kulit, dan sebagainya

Tidak semua rumah sakit harus mempunyai bagian gawat darurat yang lengkap dengan tenaga memadai dan peralatan canggih, karena dengan demikian akan terjadi penghamburan dana dan sarana. Oleh karena itu pengembangan unit gawat darurat harus memperhatikan 2 (dua) aspek yaitu:

- a. Sistem rujukan penderita gawat darurat.
- b. Beban kerja rumah sakit dalam menanggulangi penderita gawat darurat.

2.2.1. Pedoman Pengembangan Pelayanan Gawat Darurat Di Rumah Sakit.

2.2.1.1. Tujuan

Suatu Unit Gawat Darurat (UGD) harus mampu memberikan pelayanan dengan kualitas tinggi pada masyarakat dengan problem medis akut.

Harus mampu :

- a. Mencegah kematian atau cacat
- b. Melakukan rujukan.
- c. Menanggulangi korban bencana.

Kriteria:

- a. Unit Gawat Darurat harus buka 24 jam.
- b. Unit Gawat Darurat juga harus melayani penderita-penderita "false emergency" tetapi tidak boleh mengganggu/mengurangi mutu pelayanan penderita gawat darurat.
- c. Unit Gawat Darurat sebaiknya hanya melakukan "*primary care*". Sedangkan "*definitive care*" dilakukan ditempat lain dengan cara kerja sama yang baik.
- d. Unit Gawat Darurat harus meningkatkan mutu personalia maupun masyarakat sekitarnya dalam penanggulangan penderita gawat darurat.
- e. Unit Gawat Darurat harus melakukan riset guna meningkatkan mutu/kualitas pelayanan kesehatan masyarakat sekitarnya.

2.2.1.2. Organisasi, Administrasi, Catatan Medis

Unit Gawat Darurat harus memenuhi kebutuhan masyarakat dalam penanggulangan penderita gawat darurat dan dikelola sedemikian rupa sehingga

terjalin kerjasama yang harmonis dengan unit-unit dan instansi-instansi lain dalam rumah sakit.

Kriteria :

- a. Seorang petugas medis harus menjadi penanggung jawab UGD.
- b. Harus ada perawat / dokter yang menjadi penanggung jawab harian.
- c. Harus ada kerjasama yang saling menunjang antar UGD dengan unit-unit dan instansi-instansi kesehatan lain baik dirumah sakit maupun luar rumah sakit.
- d. Harus mempunyai peranan inti dalam:
 - d.1. "Disaster Plan" rumah sakit maupun di kota dimana dia berada
 - d.2. Penanggulangan penderita gawat darurat dirumah sakitnya sendiri dilengkapi dengan unit perawatan intensif (ICU)
- e. Semua personalia Unit Gawat Darurat mengenal dan menghayati sistem penanggulangan penderita gawat darurat diunitnya maupun penanggulangan penderita gawat darurat nasional.
- f. Semua penderita yang datang ke unit gawat darurat harus jelas identitasnya.

Kalau penderita tak dikenal/tak ada keluarga yang mengantar harus diusahakan semaksimal mungkin untuk mencari dan menghubungi keluarga.
- g. Semua penderita yang datang ke unit gawat darurat harus melalui "Triage Officer".

Triage adalah sistim :

 - g.1. Seleksi problem seorang penderita (dalam keadaan sehari-hari)
 - g.2. Seleksi penderita (dalam keadaan bencana)
- h. Unit gawat darurat atau rumah sakit dengan pelayanan terbatas harus mempunyai sistim rujukan yang jelas.
- i. Penderita-penderita gawat darurat mendapat pengawasan ketat selama ia berada didalam unit gawat darurat.

Unit gawat darurat harus mempunyai peralatan , obat-obatan dan personalia yang memadai untuk melakukannya. Pengawasan ini harus

dilakukan terus menerus baik diruang unit gawat darurat maupun sewaktu diangkut kerumah sakit lain.

- j. Penunjang pelayanan medis seperti alat, obat dan personalia harus diatur sedemikian rupa sehingga dapat memenuhi kebutuhan 24 jam.

Terdapat :

- k. Penderita keluar dari unit gawat darurat harus jelas dimana dirawat atau pulang dengan keterangan penyakitnya serta kapan dan kemana kontrol.
- l. Catatan medis yang lengkap untuk setiap penderita .

2.2.1.3. Personalia dan Pimpinan :

Personalia Unit Gawat Darurat mulai dari pimpinan, dokter, perawat, dan personalia non medis harus memenuhi kualifikasi tertentu sehingga mampu memberikan pelayanan penanggulangan penderita gawat darurat yang optimal.

Kriteria :

- a. Jumlah dan kualitas personalia harus memenuhi syarat (harus mendapat kursus tambahan dalam ilmu kedokteran gawat darurat).
- b. Jumlah petugas medis disesuaikan dengan beban kerja dan kelas rumah sakit.
- c. Tenaga non medis selain pekarya juga diperlukan untuk catatan medis, keuangan, asuransi: Jasa Raharja, Askes, Astek dan lain-lain.
- d. Harus mempunyai skema organisasi mulai dari pimpinan sampai petugas yang paling rendah dengan uraian tugas dan jalur tanggung jawabnya.
- e. Pertemuan staf yang reguler untuk menjaga komunikasi antar petugas dan kebiasaan-kebiasaan yang baik.
- f. Seorang petugas baru yang belum bekerja sendiri harus mendapat/melalui program orientasi dan "*induction*".

2.2.1.4. Fasilitas Dan Alat-Alat/Obat-Obatan :

Fasilitas dan alat-alat/ obat-obatan unit gawat darurat harus memenuhi persyaratan sehingga penanggulangan penderita gawat darurat dapat dilakukan dengan optimal.

Kriteria:

- a. Lokasi gedung unit gawat darurat harus mudah dicapai dengan tanda-tanda yang jelas dari luar maupun dari dalam.
- b. Pintu unit gawat darurat menghadap kedepan sehingga ambulans tidak perlu mundur.
- c. Harus menerima 2-5 ambulans sekaligus sesuai dengan beban kerja/kelas rumah sakit
- d. Luas unit gawat darurat disesuaikan dengan beban kerja yang diperkirakan untuk 20 tahun mendatang dan kelas rumah sakit.
- e. Untuk rumah sakit kelas A dan B harus ada helipad untuk penderita yang diangkut dengan helikopter, sedang rumah sakit kelas C bila memungkinkan dibuat lapangan pendaratan helikopter dekat rumah sakit.
- f. Ruang triage
- g. Ruang Resusitasi
- h. Ruang tindakan
- i. Ruang persiapan operasi/observasi (tergantung kebutuhan)
- j. Ruang X-ray dan ruang farmasi (tergantung kebutuhan).
- k. Ruang pulih (*Recovery room*) tergantung kebutuhan
- l. Susunan ruangan harus sedemikian rupa sehingga arus penderita dapat lancar dan tak ada "*cross infection*". Juga harus dapat menampung korban bencana sesuai dengan kemampuan kelas Rumah Sakit. Kegiatan mudah dikontrol oleh shift nurse pada saat itu.
- m. Ruang untuk keluarga menunggu harus sedemikian rupa agar mereka tidak mengganggu pekerjaan.
- n. Tempat khusus untuk yang meninggal dan keluarganya yang berduka/berdoa sesuai beban kerja atau kelas rumah sakit
- o. Beban kerja dan kelas rumah sakit akan menentukan besar dan isi gudang farmasi, ruang kerja non medis bagi pimpinan, perawat penanggungjawab, polisi, asuransi, social worker, tempat istirahat, locker, ruang konferensi.
- p. Komunikasi telepon/radio ke luar rumah sakit dan telepon intern di Unit Gawat Darurat dan ke rumah sakit
- q. Alat-alat radiology diagnostik disesuaikan dengan beban/kwalitas kerja dan kelas rumah sakit

- r. Alat-alat dan obat-obatan di Unit Gawat Darurat harus sedemikian rupa sehingga resusitasi dan “*life support*” dapat dilakukan.

2.2.1.5. Protokol

Protokol Penanggulangan Penderita Gawat Darurat harus tertulis dan “up to date” dan dapat dibaca setiap waktu bagi semua personalia. Protokol atau SOP terdiri dari 2 macam, yaitu protocol yang harus ada sesuai pedoman pelayanan UGD dari Depkes dan protokol tentang tiap-tiap penyakit sesuai yang terjadi di Unit Gawat Darurat.

2.2.1.6. Pendidikan

Unit Gawat Darurat harus mampu meningkatkan mutu Penanggulangan Penderita Gawat Darurat bagi personalianya, rumah sakit dan masyarakat yang dilayaninya.

2.2.1.7. Evaluasi.

Evaluasi mutu Penanggulangan Penderita Gawat Darurat harus komprehensif dan berjalan terus.

Kriteria :

- a. Statistik dibuat dan dievaluasi secara komprehensif
- b. Kasus-kasus yang menyinggung / aneh / jarang dicatat dibicarakan untuk mencari jalan keluar
- c. Pertemuan staf

2.3. Keselamatan Pasien

Menurut Lumenta, Nico A, Ketua Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) PERSI, keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Di dalamnya termasuk asesmen risiko, identifikasi & pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Isu keselamatan pasien (KP) mulai mengemuka dan mencengangkan dunia kesehatan ketika pada tahun 2000 IOM (*Institute of Medicine*) di Amerika Serikat menerbitkan laporan : "*TO ERR IS HUMAN, Building a Safer Health System*". Laporan ini memuat dua penelitian tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD - *Adverse Event*) pada pasien di rumah sakit. Ternyata angka kematian pasien rawat inap di Amerika Serikat akibat KTD berkisar 44.000 sampai 98.000 per tahun. Tahun 2004 WHO menampilkan data KTD di RS dari berbagai negara maju sebesar rata-rata sebesar 10%.

2.3.1. Paradigma Baru

Di Indonesia tahun 2005 PERSI (Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia) mendirikan KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Menteri Kesehatan Siti Fadillah Supari bersama PERSI (Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia) dan KKPRS mencanangkan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada Seminar Nasional PERSI pada Agustus 2005 di Jakarta.

KKPRS No. 001-VIII-2005 kemudian menerbitkan panduan untuk RS berjudul "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit", yang terdiri dari :

- a. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- b. Pimpin dan dukung staf anda
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan resiko
- d. Kembangkan sistem pelaporan
- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
- g. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS-DEPKES) juga menetapkan Standar Keselamatan Pasien, yang terdiri dari :

- a. Hak pasien
- b. Mendidik pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien dan asuhan berkesinambungan
- d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja, untuk melakukan evaluasi dan meningkatkan keselamatan pasien

- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat dan faktor-faktor lain yang berpotensi resiko bagi pasien.

Penerapan sistem keselamatan pasien diharapkan dapat dilakukan di setiap rumah sakit di Indonesia. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan maupun daya saing rumah sakit menghadapi ketatnya persaingan global sektor pelayanan kesehatan. Untuk itu, sosialisasi mengenai sistem tersebut harus digalakkan di berbagai daerah oleh pemerintah maupun asosiasi rumah sakit.

Ketua Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) Lumenta, Nico mengatakan, penerapan KKPRS perlu perubahan budaya dan komitmen pimpinan, staf maupun karyawan. Pelaksanaan sistem ini juga membutuhkan penggerak yang terlatih. Paradigma baru sistem keselamatan pasien adalah, keterbukaan, pelaporan insiden, analisis dan belajar, kembangkan solusi dan kembangkan komunikasi dengan pasien.

2.3.2. Adverse Event

Ancaman terhadap keselamatan pasien di rumah sakit dapat terjadi dengan derajat kejadian yang berbeda-beda. Menurut Yahya, Ketua Umum PERSI, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*), dan bukan karena *underlying disease* atau kondisi pasien. KTD dapat berupa :

a. Kejadian Nyaris Cedera (*Near Miss*)

Suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena :

“keberuntungan”, misalnya pasien menerima obat dengan kontraindikasi, tetapi tidak timbul reaksi

“pencegahan”, misalnya suatu obat dengan dosis lethal akan diberikan, tetapi ada petugas lain yang melihat dan mencegahnya sebelum obat diberikan

“peringanan”, suatu obat diberikan overdosis atau kontraindikasi tetapi secara dini diberikan antidote nya.

b. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima. Contohnya : operasi pada tubuh yang salah, tertinggal benda asing setelah operasi dalam tubuh pasien, fraktur bahu pada bayi dengan partus letak sungsang, dan lain-lain.

2.3.3. Faktor Penyebab Adverse Event

Sampurna, Budi menjelaskan bahwa layanan kedokteran adalah suatu sistem yang kompleks dengan sifat hubungan antar komponen yang ketat (*complex and tightly coupled*). Khususnya di ruang gawat darurat, ruang bedah dan ruang rawat intensif. Sistem yang kompleks umumnya ditandai dengan spesialisasi dan interdependensi. Dalam suatu sistem yang kompleks, satu komponen dapat berinteraksi dengan banyak komponen lain, kadang dengan cara yang tak terduga atau tak terlihat. Semakin kompleks dan ketat suatu sistem akan semakin mudah terjadi kecelakaan (*prone to accident*), oleh karena itu praktik kedokteran haruslah dilakukan dengan tingkat kehati-hatian yang tinggi.

Setiap tindakan medis mengandung risiko buruk, sehingga harus dilakukan tindakan pencegahan ataupun tindakan mereduksi risiko. Namun demikian sebagian besar diantaranya tetap dapat dilakukan oleh karena risiko tersebut dapat diterima (*acceptable*) sesuai dengan “*state-of-the-art*” ilmu dan teknologi kedokteran. Risiko yang dapat diterima adalah risiko-risiko sebagai berikut:

- a. Risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya cukup kecil, dapat diantisipasi, diperhitungkan atau dapat dikendalikan, misalnya efek samping obat, perdarahan dan infeksi pada pembedahan, dll.

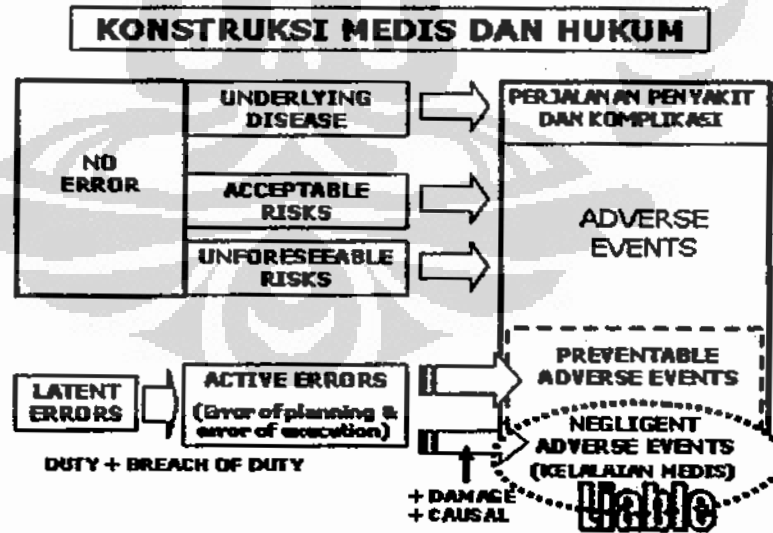
- b. Risiko yang derajat probabilitas dan keparahannya besar pada keadaan tertentu, yaitu apabila tindakan medis yang berisiko tersebut harus dilakukan karena merupakan satu-satunya cara yang harus ditempuh (*the only way*), terutama dalam keadaan gawat darurat.

Kedua jenis risiko di atas apabila terjadi bukan menjadi tanggung-jawab dokter sepanjang telah diinformasikan kepada pasien dan telah disetujui (*volenti non fit injuria*). Pada situasi seperti inilah manfaat pelaksanaan *informed consent*.

Hasil yang tidak diharapkan (KTD) di bidang medik sebenarnya dapat diakibatkan oleh beberapa kemungkinan, yaitu (lihat bagan 1) :

- Hasil dari suatu perjalanan penyakitnya sendiri, tidak berhubungan dengan tindakan medis yang dilakukan dokter.
- Hasil dari suatu risiko yang tak dapat dihindari, yaitu risiko yang tak dapat diketahui sebelumnya (*unforeseeable*); atau risiko yang meskipun telah diketahui sebelumnya (*foreseeable*) tetapi dianggap *acceptable*, sebagaimana telah diuraikan di atas.
- Hasil dari suatu kelalaian medik.
- Hasil dari suatu kesengajaan.

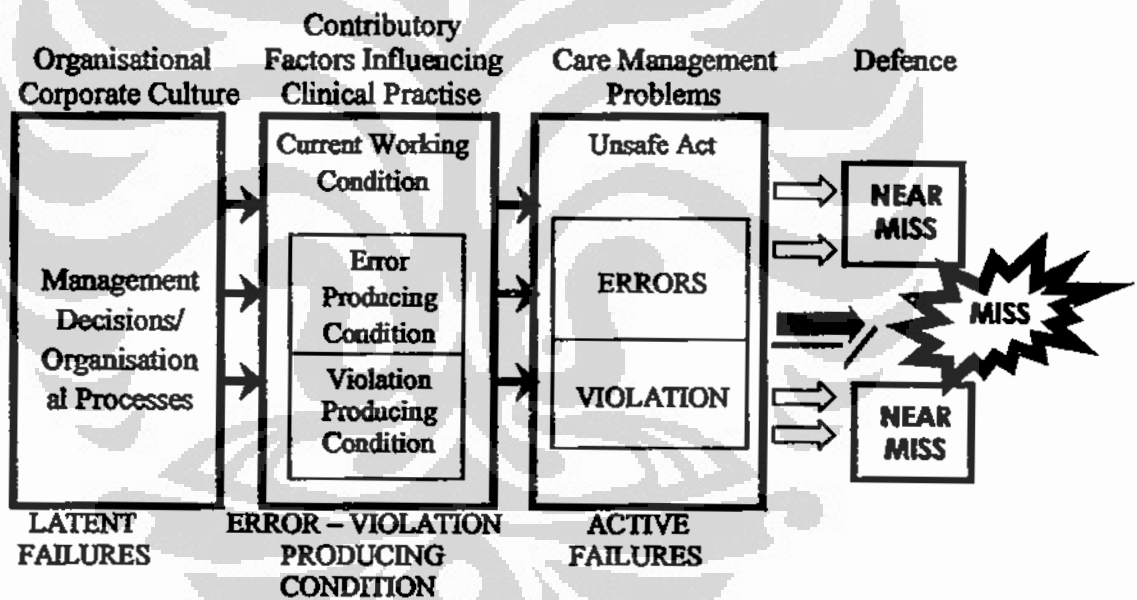
Bagan 1



Gambar 2.1. Konstruksi Medis dan Hukum
Budi Sampurna, 2005

Disini *adverse events* diartikan sebagai setiap cedera yang lebih disebabkan karena manajemen kedokteran daripada akibat penyakitnya, Sedangkan *adverse event* yang disebabkan suatu *error* adalah bagian dari *preventable adverse events*. *Error* sendiri diartikan sebagai kegagalan melaksanakan suatu rencana tindakan (*error of execution; lapses dan slips*) atau penggunaan rencana tindakan yang salah dalam mencapai tujuan tertentu (*error of planning; mistakes*). Di dalam kedokteran, semua *error* dianggap serius karena dapat membahayakan pasien.

Teori di atas sejalan dengan teori yang di kembangkan oleh WHO. Sehingga pada Oktober 2004 WHO mendirikan "*World Alliance for Patient Safety*" dengan tujuan mengangkat *Patient Safety Goal "First Do No Harm"* dan menurunkan morbiditas, cedera dan kematian yang diderita pasien. WHO membuat *Protocol For the Investigation and Analysis of Clinical Incidents, CRU & ALARM*.



Gambar 2.2. Reason's Adapted Organisational Accident Causation Model

Menurut Ketua Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Dr. Nico A. Lumenta, Nefro ada beberapa penyebab paling umum kesalahan medik dalam kejadian tidak diharapkan, di antaranya kegagalan komunikasi verbal atau tertulis, miskomunikasi antar staf, antar shift, informasi tidak didokumentasikan dengan baik atau hilang, kurangnya komunikasi tim layanan kesehatan di satu lokasi,

antar berbagai lokasi, antar tim layanan dengan pekerja non klinis, dan antar staf dengan pasien.

Penyebab lain adalah, arus informasi yang tidak adekuat yaitu ketersediaan informasi yang kritis saat akan merumuskan keputusan penting, komunikasi tidak tepat waktu saat pemberian hasil pemeriksaan yang kritis, lemahnya koordinasi instruksi obat saat transfer antar unit, dan informasi penting tidak disertakan saat pasien ditransfer ke unit lain atau dirujuk ke rumah sakit lain.

Masalah sumber daya manusia juga bisa menyebabkan terjadinya kejadian tidak diharapkan saat tindakan medis yaitu gagal mengikuti kebijakan, standar prosedur operasional, dokumentasi suboptimal dan labeling spesimen yang buruk, kesalahan berbasis pengetahuan, staf tidak punya pengetahuan yang adekuat untuk setiap pasien saat diperlukan. Selain itu, hal-hal yang berhubungan dengan pasien juga bisa menyebabkan kesalahan medik seperti identifikasi pasien yang tidak tepat.

Beberapa penyebab lain adalah lemahnya transfer pengetahuan di rumah sakit di antaranya kekurangan pada orientasi atau pelatihan, tingkat pengetahuan staf untuk menjalankan tugasnya rendah, serta pola sumber daya manusia yang tidak memadai terutama pengawasan yang tidak adekuat. Kegagalan teknis juga bisa memicu terjadinya kejadian yang tidak diharapkan di antaranya kegagalan alat atau perlengkapan medis, instruksi yang tidak adekuat, peralatan dirancang secara buruk yang bisa menyebabkan pasien cedera.

Vincent & Taylor-Adams dalam Saptono Raharjo, menetapkan framework faktor kontribusi atau faktor yang berpengaruh terhadap kejadian tak diharapkan dan mengancam keselamatan pasien ini. Faktor kontribusi terbagi dua, yaitu yang berkontribusi langsung terdiri dari lima faktor dan faktor yang berkontribusi tidak langsung terdiri dari dua faktor. Faktor-faktor tersebut adalah :

2.3.3.1. Faktor yang berkontribusi langsung :

a. Faktor Pasien, meliputi :

a.1. Kondisi pasien yang sudah serius dan mengancam nyawa.

Menurut pendapat Budi Sampurna, suatu kejadian bukan dikatakan adverse event bila insiden klinik bukan disebabkan karena manajemen medik tetapi karena perjalanan penyakitnya

- a.2. Kontribusi keluarga pasien yang tidak memenuhi instruksi tenaga medis. Sesuai buku asuhan keperawatan sebagai fungsi edukasi, pasien atau keluarga pasien diperlakukan sebagai mitra perawatan agar sejak awal diperkenalkan pada masalah kesehatan yang diderita sehingga dapat mandiri dalam perawatan kesehatan selanjutnya.
- a.3. Hambatan komunikasi dengan pasien atau keluarga pasien. Hal ini dapat disebabkan adanya perbedaan persepsi atau pemahaman terhadap kondisi pasien dan juga pemahaman terhadap sistem rujukan medis di rumah sakit.
- b. Faktor Prosedur Tugas, yaitu yang terkait dengan Standard Operasional Prosedur (SOP).
SOP di rumah sakit terbagi dua macam, yaitu SOP pelayanan medis dan pelayanan non medis, seperti registrasi, keuangan dan lain-lain.
Menurut Instrumen Akreditasi Rumah Sakit, yang dimaksud dengan SOP pelayanan medis adalah standard profesi berupa pedoman, skema pengambilan keputusan, prosedur kerja yang diberlakukan oleh pimpinan rumah sakit, sehingga tiap-tiap tindakan dan asuhan klinis harus mempunyai standar operasional prosedurnya.
- c. Faktor Individu, terdiri dari pengetahuan, keterampilan/kemampuan dan kompetensi dari tenaga kesehatan di rumah sakit.
- d. Faktor Kerja Sama Tim, terdiri dari supervisi dan komunikasi antar petugas sehingga dapat dilanjutkan dengan tindakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan tugas.
- e. Faktor Lingkungan Kerja, terdiri dari :
- e.1. Beban kerja petugas UGD,
 - e.2. Standard peralatan medik
 - e.3. Kondisi ruangan kerja, termasuk pengaturan alur peralatan medik, staf medik dan pasien.

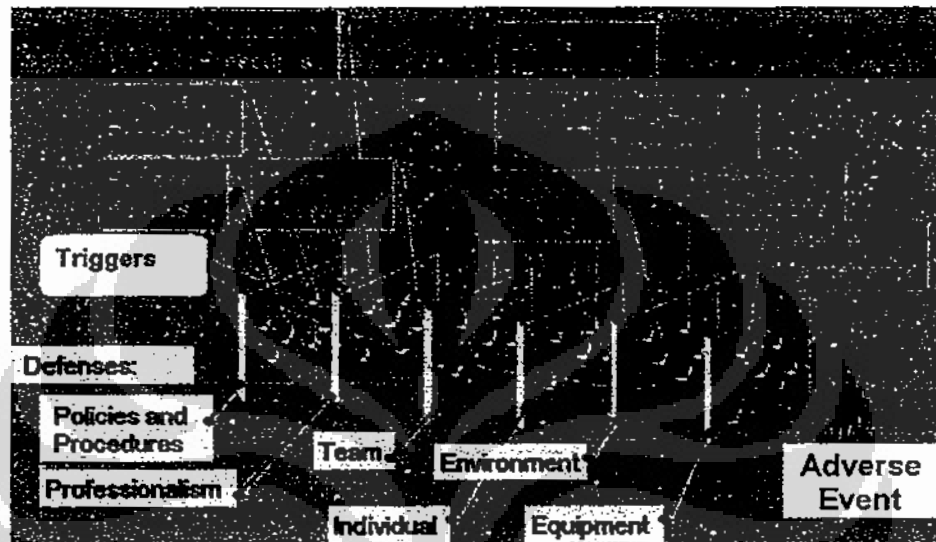
2.3.3.2. Faktor yang berkontribusi tidak langsung

- a. Faktor Organisasi dan Manajemen, meliputi pengorganisasian pengelolaan resiko oleh rumah sakit, baik corporate risk maupun clinical risk.
- b. Faktor Konstitusional, meliputi aspek medikolegal dan perundang-undangan yang berlaku yang menunjang pelaksanaan keselamatan pasien dan menghormati hak-hak pasien.

IOM (*Institute of Medicine*) tahun 2006 melaporkan bahwa penyebab multifaktor adverse event adalah :

- a. Faktor Petugas (individu)
 - a.1. Variasi dari petugas pemberi pelayanan seperti training, pengalamam, kelelahan atau depresi.
 - a.2. Kondisi pasien
 - a.3. Ketidaktahuan petugas terhadap adanya kesalahan pelayanan
- b. Kompleksitas pelayanan kesehatan
 - b.1. Teknologi canggih, jenis obat-obatan
 - b.2. Intensif care dan perpanjangan masa rawat
- c. Kegagalan system
 - c.1. Komunikasi yang kurang, tidak jelasnya wewenang tenaga medis, perawat dan petugas kesehatan lainnya.
 - c.2. Ratio jumlah petugas kesehatan dengan pasien.
 - c.3. Sistem pelaporan rumah sakit yang tidak berkesinambungan
- d. Nama atau pengucapan nama obat yang mirip
- e. Alur rujukan oleh institusi di luar rumah sakit
- f. Sistem pencegahan terhadap kesalahan tidak ada
- g. Sistem analisis faktor kontribusi kesalahan yang tidak adekuat
- h. Analisa biaya perawatan di rumah sakit kurang
- i. Faktor lingkungan dan desain bangunan. Contohnya di unit gawat darurat sangat kekurangan fasilitas monitoring kondisi pasien.

- j. Kegagalan infrastruktur. Menurut laporan WHO, 50% masalah pemberian pelayanan kesehatan di negara berkembang adalah kurangnya keterampilan dari operator alat pemeriksaan penunjang medis, sehingga menghasilkan prosedur diagnostik atau pengobatan yang tidak sesuai dan di bawah standar.



Gambar 2.3. Multi-Causal Theory "Swiss Cheese" diagram
(Reason, 1991)

Dengan dasar teori tersebut maka dapat disimpulkan bahwa penyebab *adverse event* adalah multifaktor, seperti yang disimpulkan oleh IOM (*Institute of Medicine*) bahwa 4 (empat) hal pokok yang mempengaruhi *adverse event* atau KTD adalah :

- a. Masalah *accidental injury* atau KTD adalah masalah yang serius
- b. Penyebabnya bukan kecerobohan individu, tetapi kesalahan sistem
- c. Perlu *redesign* sistem pelayanan
- d. *Patient Safety* harus menjadi prioritas (nasional)

2.4. Manajemen Risiko

2.4.1. Pengertian Manajemen Risiko Klinis

Definisi Manajemen Risiko menurut *The American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM)*, tahun 2000 adalah kegiatan meminimalkan bahaya

terhadap pasien dan untuk menciptakan lingkungan yang aman bagi karyawan, pasien dan pengunjung. Jacobalis (2005) mendefinisikan manajemen risiko klinis adalah proses sistematis untuk identifikasi, evaluasi dan penanganan risiko klinis yang potensial dan aktual, melalui program yang dirancang untuk mencegah, mengendalikan dan meminimalkan paparan institusi terhadap risiko klinis.

Menyadari dampak yang ditimbulkan baik kerugian mediko-legal dan kerugian finansial, maka diperlukan suatu program kerja di mana organisasi bertanggung jawab terhadap peningkatan mutu layanan secara berkesinambungan (*continuous quality improvement*) dan menjamin standar mutu layanan yang tinggi dengan cara membangun lingkungan yang mendukung, di mana layanan klinis berkembang.

Manajemen risiko klinis (MRK / *clinical risk management*) merupakan satu dasar yang harus dilaksanakan oleh unit-unit pemberi asuhan klinis untuk menghasilkan asuhan klinis yang bermutu. Manajemen risiko klinis merupakan proses sistematis dalam mengidentifikasi kesalahan yang terjadi pada asuhan pasien, menganalisis penyebab kejadian, dan menjamin agar kesalahan tidak terulang lagi. Tujuan MRK adalah untuk mengurangi *medical error* pada pasien dan mengurangi kemungkinan klaim yang dapat menjadi beban institusi.

Ada empat hal penting sebagai strategi dasar pelaksanaan MRK, yaitu pelaporan (*reporting of medical error*), menganalisis penyebab (*root cause analysis*), pembelajaran terhadap *medical error*, serta kebijakan manajemen dalam menghadapi *medical error*.

Seperti yang dijelaskan oleh Dr. Adib Yahya, MARS bahwa "*PATIENT SAFETY*" merupakan suatu transformasi kultural. Perubahan Budaya yang Diharapkan :

a. *Culture of Safety*

Ternyata MUTU Pelayanan saja tidak cukup. Proses hukum di Rumah Sakit sangat meningkat, RS dan Profesi gencar menjadi sasaran serangan tuduhan.

Keselamatan Pasien mengubah "*Blaming Culture*" ke "*Safety Culture*", dan mengurangi *LITIGASI* di RS (Hillary Rodham Clinton and Barack

Obama : *Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform*. New Engl J Med 354;21 www.nejm.org May 25, 2006).

b. Blame-Free Culture

Sebagian besar profesional adalah perfeksionis sehingga kegagalan akan menyebabkan penurunan moral secara pribadi dengan akibat kinerja yang menurun yang justru menimbulkan potensi untuk melakukan kesalahan.

Oleh karena itu :

- i. Hindari tuduhan secara pribadi
- ii. Ciptakan lingkungan yang kondusif

Pertanyaan pimpinan :

- i. Apa yang telah terjadi ? (bukan “siapa yang melakukan itu ?”)
- ii. Hambatan apa yang menghalangi kemampuan anda melaksanakan tugas secara efisien ?
- iii. Kejadian apalagi yang mungkin bisa timbul ?

c. Reporting Culture

Pelaporan internal RS :

- i. sistem pelaporan
- ii. alur pelaporan
- iii. format laporan

Pelaporan RS ke KKPRS-PERSI:

- i. Kejadian Tidak Diharapkan/Kejadian Nyaris Cedera
- ii. Format baku

d. Learning Culture

Those who do not learn from their mistakes are condemned to repeat them. We cannot change the human condition, but we can change the conditions under which humans work. Professor James Reason, BMJ March 2000.

Manajemen risiko klinis hanyalah merupakan salah satu model alternatif dalam rangka meningkatkan mutu asuhan klinis di rumah sakit. Efektivitas manajemen risiko tergantung dari sejauh mana organisasi mampu menerapkan budaya melaporkan (kesalahan). Tanpa analisis terinci tentang kecelakaan kecil, insiden, dan peristiwa nyaris kecelakaan (*nearmisses*), organisasi tidak dapat

mengungkap tabir kesalahan berulang dan mengenali kapan peristiwa-peristiwa itu sesungguhnya dapat dicegah. Pendekatan personal membuat orang tidak berani melaporkan kesalahan kecil maupun besar.

2.4.2. Strategi Manajemen Risiko

Ada 2 (dua) macam sistem manajemen risiko di rumah sakit, yaitu strategi preventif proaktif dimana sistem pencegahan, pengendalian dan meminimalkan risiko dilakukan sebelum musibah terjadi. Sedangkan strategi reaktif adalah upaya dilakukan setelah terjadi musibah klinis.

Ada 4 (empat) strategis yang dirancang oleh *National Patient Safety Agency* di Inggris untuk meningkatkan keamanan pasien, yaitu menyusun kebijakan untuk mengelola kejadian musibah klinis, menetapkan sistem pelaporan insiden klinis, melakukan analisis akar penyebab masalah terjadinya insiden klinis dan belajar dari kejadian insiden klinis yang lalu untuk upaya pencegahan (Jacobalis, 2005).

Proses manajemen risiko terdiri dari 7 (tujuh) tahap, yaitu :

1. Menyusun Konteks

Alijoyo, A (2006) menyatakan bahwa pada tahap ini dilakukan penilaian risiko, mengembangkan kriteria untuk menetapkan risiko klinis yang telah diidentifikasi yang dapat dilakukan evaluasi dan merumuskan perencanaan, pengendalian dan tata cara manajemen risiko.

Hal-hal konkrit yang dapat dilakukan antara lain melakukan review dokumen organisasi yang relevan, data manajemen risiko tahun lalu dan dokumen rencana kerja organisasi, menilai ruang lingkup bisnis organisasi, analisis agenda stakeholder dan melakukan analisis SWOT.

2. Identifikasi Risiko

Bertujuan melakukan identifikasi kemungkinan (*likelihood*) dan dampak (*consequence*) aktual dan potensial risiko klinis yang membutuhkan prioritas pengelolaan.

Pada tahap ini dilakukan langkah :

- a. Memutuskan struktur dan metoda identifikasi risiko
- b. Menentukan siapa saja yang terlibat pada tahap identifikasi risiko

- c. Mengidentifikasi dimensi risiko klinis yang akan dilakukan telaah
- d. Memutuskan data yang dibutuhkan untuk mendukung identifikasi risiko klinis
- e. Melakukan dokumentasi hasil identifikasi risiko klinis yang sesuai dengan pencatatan risiko.

3. Analisis Risiko

Tujuan tahap ini adalah melakukan pemilahan risiko klinis menjadi risiko minor yaitu yang dapat diterima dan risiko mayor yang tidak dapat diterima, dan melakukan pendataan untuk mendukung tahap evaluasi dan pengelolaan risiko klinis.

Langkah yang dilakukan adalah :

- a. Melakukan identifikasi cara pengendalian risiko klinis
- b. Menentukan risiko klinis yang potensial akan menjadi kasus risiko klinis yang berat (*likelihood*)
- c. Menentukan risiko klinis yang potensial memberikan akibat dan dampak yang berat bila risiko terus berlanjut (*consequences*)
- d. Melakukan identifikasi faktor-faktor yang dapat mengurangi atau menambah risiko klinis
- e. Memilih alat untuk analisis yang sesuai dengan kebutuhan manajemen dan menganalisis tingkatan risiko.
- f. Melakukan dokumentasi hasil pada tahap analisis risiko

4. Evaluasi Risiko

Dilakukan penilaian untuk memilah risiko yang dapat diterima dan risiko yang tidak dapat diterima.

Jika suatu risiko dapat diterima (*acceptable*) sebaiknya dilakukan pengawasan dan secara periodik dilakukan penilaian ulang untuk memastikan bahwa risiko tersebut masih dapat diterima. Risiko yang tidak dapat diterima (*unacceptable*) memerlukan pengelolaan, proses ini membutuhkan pemilihan cara pengelolaan.

5. Pengelolaan Risiko

Bertujuan untuk mengembangkan penilaian risiko berdasarkan pemilihan cara pengelolaannya, merencanakan persiapan pengelolaan dan implementasi pengelolaan risiko.

Pada tahap ini dilakukan :

- a. Identifikasi cara pengelolaan yang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit
- b. Melakukan analisis pembiayaan
- c. Memilih cara pengelolaan yang sesuai kemampuan rumah sakit
- d. Mempersiapkan rencana pengelolaan
- e. Melaksanakan rencana pengelolaan risiko

Cara pengelolaan risiko terdiri dari :

- a. *Risk Avoidance*, hanya dilakukan pencegahan munculnya risiko.
- b. *Risk Reduction*, yaitu dengan cara mengendalikan dampak yang terjadi sebagai akibat insiden yang telah terjadi.
- c. *Risk Transfer*, risiko dialihkan kepada pihak lain baik sebagian atau seluruhnya.
- d. *Risk Retention*, yaitu dengan mengelola risiko tersebut sehingga membutuhkan sumber daya untuk strategi ini.

6. Komunikasi dan Konsultasi

Pada setiap tahapan proses dilakukan komunikasi dan konsultasi yang bertujuan untuk menjamin bahwa stakeholder internal maupun eksternal memahami dan mendukung pengembangan, implementasi strategi dan kebijakan serta memastikan mereka mengerti peran dan tanggung jawab dalam manajemen risiko klinis di rumah sakit.

Hal yang harus dilakukan antara lain :

- a. Menentukan tujuan komunikasi
- b. Menentukan siapa saja yang menjadi narasumber konsultasi
- c. Mengidentifikasi biaya yang dibutuhkan untuk proses manajemen risiko
- d. Mengembangkan strategi komunikasi

- e. Mengembangkan proses pengukuran dan evaluasi efektifitas program komunikasi.

7. Monitoring dan Review

Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa perencanaan, strategi dan sistem pengelolaan risiko berlangsung secara berkesinambungan dan dapat dikendalikan oleh rumah sakit.

Pada tahap ini dilakukan :

- a. Audit internal dan eksternal
- b. Audit kerja internal
- c. Melakukan review terhadap laporan insiden dan laporan investigasi
- d. Melakukan evaluasi terhadap kebijakan, strategi dan pelaksanaan manajemen risiko.

2.5. Analisis Insiden Klinis

Staugaitis. S, (2003), berdasarkan waktu kejadian, suatu metoda analisis risiko klinis dapat dibagi menjadi :

1. Retrospektif, antara lain :
 - a. *Root Cause Analysis (RCA)*
 - b. *Investigations, contohnya Organizational Accident Causation Model*
 - c. *Mortality Review*
 - d. *Trends Analysis*
 - e. *Comparative Analysis*
 - f. *Audits*
2. Prospektif
 - a. *Failure Mode Effect Analysis (FMEA)*
 - b. *Task Critically Analysis (TCA)*
 - c. *Predictive Statistic*

Untuk membandingkan dua metode analisis ini akan dijelaskan salah satu contoh dari kedua metode tersebut yaitu *Organizational Accident Causation Model* dan *Failure Mode Effect Analysis (FMEA)*.

2.5.1. Organizational Accident Causation Model

Metode ini digunakan dalam *System Analysis of Clinical Incidents* dari *The London Protocol* merupakan kerangka kerja untuk mengetahui faktor kontribusi sebagai risiko klinis terjadinya suatu *adverse event*, termasuk konteks organisasi yang melatarbelakangi, Vincent and Taylor Adams, 2004 dalam Saptono Raharjo, 2005.

Metode inipun diikuti oleh Perhimpunan Seluruh Rumah Sakit di Indonesia (PERSI) dalam buku Pedoman Pelaporan Insiden Rumah Sakit tahun 2008.

Tahapan investigasi dan analisis terdiri dari menyusun kronologis, identifikasi masalah pelayanan asuhan klinis dan identifikasi faktor kontribusi, serta menyusun rekomendasi dan rencana aksi untuk perbaikan pemberian asuhan klinis.

2.5.2. Failure Mode Effect and Analysis (FMEA)

Adalah suatu analisis secara bottom up dari berbagai tingkat komponen kegagalan yang memberi dampak pada sistem di atasnya, (Hambleton, 2005). Metode ini bertujuan mengenali dan mengevaluasi potensi kegagalan dari suatu proses dan akibat yang ditimbulkan, identifikasi tindakan yang akan dilakukan untuk mencegah atau mengurangi potensi kegagalan yang terjadi dan proses dokumentasi.

Tahapan program ini dimulai dengan identifikasi *Failure Mode* dengan menggunakan data antara lain : pelaporan insiden, laporan kematian, temuan insiden berdasarkan RCA, hasil investigasi, kemudian membatasi lingkup proses dan kegiatan secara spesifik.

Karena pada FMEA membutuhkan analisis masalah terlebih dahulu dari hasil analisis insiden maka untuk kondisi rumah sakit tempat meneliti dipilih pendekatan dengan cara Retrospektif yaitu metode investigasi terlebih dahulu.

BAB 3

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

3.1. Sejarah dan Perkembangan RS Bhineka Bakti Husada

RS Bhineka Bhakti Husada (RSBBH) terletak ditengah kawasan padat hunian. Diapit oleh kawasan Bintaro, Cinere, Sawangan, Parung, Ciputat dan Pamulang, dibangun diatas tanah seluas 4350 Ha, RSBBH memiliki posisi yang sangat strategis sebagai sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tinggal dikawasan tersebut. RSBBH juga memiliki letak yang sangat dekat dengan lapangan terbang Pondok Cabe milik Pertamina. Sehingga akan menjadi nilai penunjang bagi keberadaan RSBBH.

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada diawali dari Praktek dokter pada tanggal 15 Oktober 1987 oleh Dr. H. Muslim Gunawan, DTPH di Jalan Pondok Cabe Raya No. 17 Pamulang Tangerang di lokasi rumah sakit Bhineka Bakti Husada sekarang.

Dari tahun ke tahun permintaan pelayanan kesehatan dirasakan terus meningkat, yang pada akhirnya disimpulkan bahwa daerah Pamulang dan sekitarnya sangat membutuhkan sebuah rumah sakit. Berdasarkan gagasan diatas serta untuk mewujudkan fungsi dakwah Dr. H. Muslim Gunawan, DTPH tergugah dan mulai memikirkan perlu adanya rumah sakit yang melayani masyarakat di bagian Selatan kota Jakarta dengan pelayanan secara Islami. Berkat ijin dan ridho Allah SWT serta dukungan dari segenap karyawan dan swadaya masyarakat, pada tanggal 19 Agustus 1994 Yayasan Bhineka Bakti Husada mulai merintis berdirinya rumah sakit.

3.2. Aspek Legal

Rumah Sakit dimiliki oleh Badan Hukum yang berbentuk PT (Perseroan Terbatas), karena Rumah sakit diselenggarakan atas prinsip swadana dengan tidak melupakan fungsi sosial.

Pada awal pendiriannya Rumah Sakit dimiliki oleh Yayasan dengan nama yang sama, namun dilakukan pengalihan asset kepada PT Bhineka Bakti Husada pada Februari 2002, karena terbitnya Undang-Undang Yayasan yang tidak membolehkan anggota Yayasan untuk mengambil keuntungan dari unit usahanya. Sementara itu RS Bhineka Bakti Husada tak dapat dipungkiri merupakan salah satu unit usaha yang diharapkan dapat memberikan keuntungan dengan tidak melupakan fungsi sosial.

Karena alasan itulah dilakukan pengalihan asset Yayasan kepada PT Bhineka Bakti Husada dengan akte notaris no C-03742 HT.01.01.TH 20 dikeluarkan oleh Notaris Adrian Djuani, SH. Susunan pemegang saham perseroan sesuai dengan akte sebanyak 7 orang terdiri dari pendiri, yaitu Dr. H. Muslim Gunawan, DTPH dan keluarga.

3.3. Visi dan Misi

3.3.1 Visi

Visi RS Bhineka Bakti Husada adalah menjadi pilihan utama rujukan bagi jasa perawatan medis akut dan lainnya dengan pelayanan yang professional dan Islami di wilayah perbatasan Tangerang, Bogor dan Jakarta selatan pada tahun 2009. Visi ini belum dijabarkan dalam definisi operasional yang jelas.

Melalui wawancara kepada manajemen, perawatan Medis Akut didefinisikan sebagai penanganan kasus-kasus akut yaitu kegawatdaruratan dan perawatan lanjutannya. Tetapi sejak ditetapkannya tahun 2004, belum tampak langkah konkrit Rumah Sakit yang mengarah pada visi ini. UGD yang dimiliki oleh Rumah Sakit dirasakan hanya sebagai pelengkap pelayanan yang diberikan, hal ini tampak dari peraian skor nilai self assesment yang sudah dilakukan oleh tim KARS Pusat, UGD adalah unit yang skornya terendah dibanding 5 (lima) pelayanan dasar lainnya.

Ruang observasi yang tersedia hanya 1 (satu) kamar dan tidak dilengkapi oleh alat-alat resusitasi yang dibutuhkan. HCU atau unit High Care tidak dimiliki oleh rumah sakit, yang merupakan lanjutan dari kasus kasus gawat darurat.

3.3.2 Misi

Misi RS Bhineka Bakti Husada : membantu meningkatkan derajat kesejahteraan rakyat melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan rumah sakit yang terjangkau dan bermutu dengan :

- a. Menerapkan nilai-nilai Islami dalam pemberian pelayanan.
- b. Mendorong kecakapan SDM ke tingkat yang lebih tinggi
- c. Berpartisipasi dalam perencanaan dan pengkoordinasian pelayanan kesehatan nasional.
- d. Selalu berusaha memperhatikan kepuasan konsumen secara berkesinambungan

3.3.3 Motto

BERSAHAJA

BER : Berkarya dengan optimal, dimanapun dan kapanpun amanah yang kita terima selalu dilaksanakan .

SA : Sadar bahwa bekerja adalah ibadah, kalau kita lakukan dengan profesionalisme dan ikhlas, maka disamping rupiah kita dapatkan, berkah dan pahala akan kita raih.

HA : Harus bisa melakukan inovasi dan improvisasi agar dapat meningkatkan hasil guma dan daya guna

JA : Jangan tinggalkan aturan dan norma agama

3.4. Produk jasa yang disediakan adalah:

3.4.1 Pelayanan Rawat Jalan

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| a. Klinik Umum | i. Klinik Kandungan |
| b. UGD | j. Klinik Saraf |
| c. Klinik Anak | k. Klinik Gigi |
| d. Klinik Jantung | l. Klinik Gizi |
| e. Klinik THT | m. Klinik Kebidanan dan Kandungan |
| f. Klinik Penyakit Dalam | n. Klinik Mata |
| g. Klinik Bedah | |
| h. Klinik Paru | |

3.4.2 Pelayanan Penunjang

- a. Laboratorium
- b. Radiologi
- c. Rekam medik
- d. Apotik/farmasi
- e. Kamar jenazah
- f. Ambulance
- g. Dapur
- h. Fisioterapi

3.4.3 Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap berjumlah 115 Bed, terdiri atas

Tabel 3.1. Jenis dan Jumlah Tempat Tidur
RS Bhineka Bakti Husada

Kelas	Jumlah bed
<i>Kebidanan</i>	
Kelas I A	1
Kelas II A	2
Kelas III	4
Kelas bayi baru lahir	3
<i>Non Kebidanan</i>	
Kelas utama	12
Kelas I A	4
Kelas I B	1
Kelas II	64
Kelas III A	6
Kelas III B	16
Km. Isolasi	1
<i>Total</i>	115

Data Rekam Medis RS Bhineka Bakti Husada

3.4.4 Fasilitas pemeriksaan penunjang yang tersedia

- a. Rontgen kontras dan non kontras
- b. USG
- c. Laboratorium
- d. EKG
- e. Bedah minor dan OK

3.5. Struktur Organisasi

Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada dipimpin oleh Kepala Rumah Sakit yang merangkap pula sebagai Direktur PT, dibantu oleh 3 wakil kepala yaitu Wakil Kepala Rumah Sakit Bidang Umum, Medik, dan Keuangan.

a. Waka RS Bidang Umum membawahi

- a.1. Bagian Personalia
- a.2. Bagian Logistik
- a.3. Bagian HUMAS dan Sekretariat

b. Waka RS Bidang Medik membawahi

- b.1. Bagian Pelayanan dan Penunjang
- b.2. Bagian Keperawatan

c. Waka RS bidang Keuangan

- c.1. Bagian Keuangan dan Akuntansi
- c.2. Bagian Farmasi

3.6. Ketenagaan

Komposisi ketenagaan di RS Bhineka hingga September 2008, jumlah total karyawan adalah 203 orang dengan rincian sebagai berikut

Tabel 3.2. Komposisi tenaga kerja di RSBH

No	Jumlah Pegawai	2007	2008
1	Berdasarkan status pegawai:		
	▪ Pegawai Tetap	107	111
	▪ Pegawai kontrak	67	92
	▪ Honorer	2	
	▪ Outsourcing	4	8
	Jumlah	174	203
2	Berdasarkan pendidikan		
	▪ SD	9	8
	▪ SMP	9	8
	▪ SLA	58	53
	▪ SPK	20	18
	▪ D III AKPER	46	76
	▪ D I Kebidanan	3	2
	▪ D III Kebidanan	4	6
	▪ S 1	12	13
	▪ S 2	2	2
	Jumlah	174	203
3	Berdasarkan kelompok umur		
	▪ < 30 tahun	89	80
	▪ 31 – 33	32	37
	▪ 34 – 36	12	12
	▪ 37 – 39	7	8
	▪ 40 – 42	11	10
	▪ 43 – 45	4	5
	▪ 46 – 49	4	3
	▪ 50 – lebih	3	3
	jumlah	174	203
4	Berdasarkan jenis kelamin		
	▪ pria	80	90
	▪ wanita	94	113
	Jumlah	174	203

Data Personalia RS Bhineka Bakti Husada, tahun 2008

Tabel 3.3. Komposisi tenaga medis di RSBH

No	Jenis Tenaga	Jumlah
1	Spesialis Kebidanan dan Kandungan	3
2	Spesialis Bedah	5
3	Sub Spesialis Bedah	3
4	Spesialis Penyakit Dalam	4
5	Spesialis Mata	1
6	Spesialis Kulit kelamin	1
7	Spesialis Jantung	2
8	Spesialis Radiologi	1
9	Spesialis Anestesi	3
10	Spesialis Patologi klinik	1
11	Spesialis Patologi anatomi	1
12	Spesialis Neurologi	2
13	Spesialis Anak	5
14	Spesialis THT	2
15	Spesialis Paru	2
16	Dokter Umum	12
17	Dokter Gigi	8
	Total	56

Data Personalia RS Bhineka Bakti Husada, tahun 2008

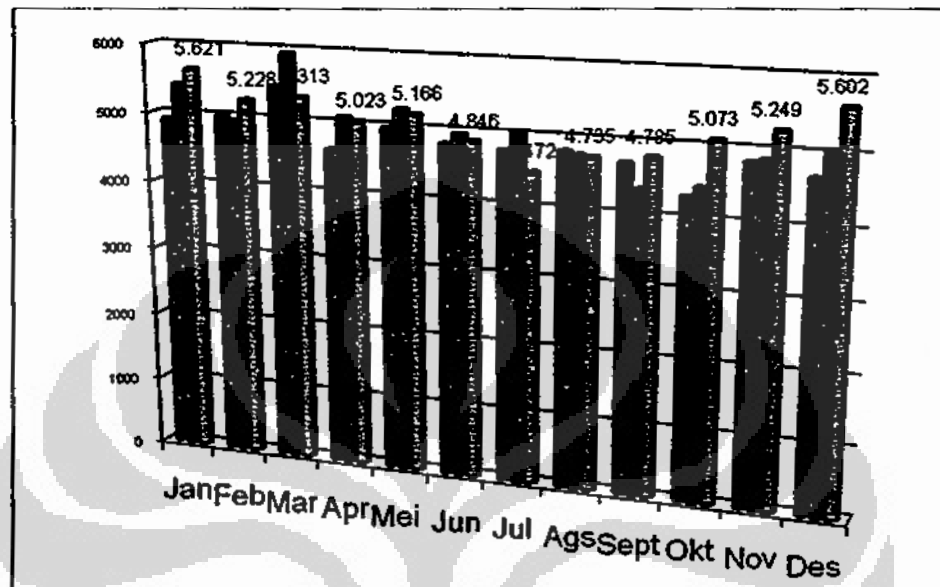
3.7. Indikator Kinerja Rumah Sakit

3.7.1 Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Jalan merupakan bagian dari pelayanan medik yang banyak dikunjungi pasien dan merupakan pelayanan terdepan.

Ada 12 klinik yang beroperasi setiap hari. 8 Klinik beroperasi di pagi hari, yaitu klinik Umum, klinik Anak, klinik Bedah, Klinik Paru, Klinik Penyakit Dalam, Klinik Gigi, Klinik THT, klinik kandungan dan kebidanan dan pada sore hari ditambah klinik syaraf, jantung, mata, kulit dan kelamin.

Berikut ini gambaran jumlah kunjungan rawat jalan tiga tahun terakhir di Rumah Sakit. Tampak adanya kecenderungan kunjungan yang stabil dari tahun ke tahun. Hal ini disebabkan tidak ada perubahan jumlah, waktu maupun jenis layanan yang terjadi di poliklinik rawat jalan selama tiga tahun terakhir.



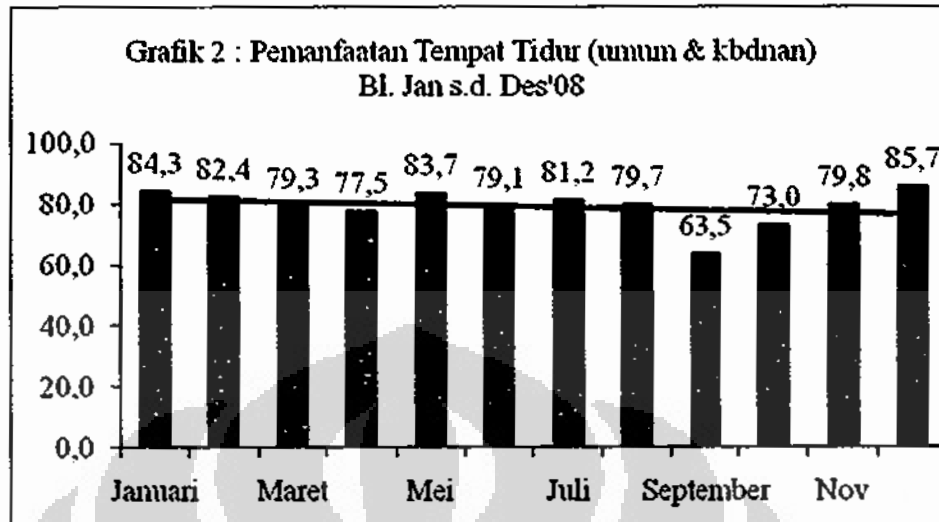
Data Rekam Medis RS Bhineka Bakti Husada

Grafik 3.1. Kunjungan Rawat Jalan RS Bhineka Bakti Husada Tahun 2008

3.7.2. Rawat Inap

Rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan pelayanan medik lainnya. Klasifikasi perawatan ditetapkan berdasarkan fasilitas pelayanan yang disediakan Rumah Sakit, yaitu kelas Utama, kelas I, kelas II, kelas IIIA, dan kelas IIIB. Kelas-kelas ini berbeda pada fasilitas yang disediakan oleh Rumah Sakit dan interior ruangnya.

Berikut ini memperlihatkan kinerja kegiatan Rawat Inap selama thn 2008.



Data Rekam Medis RS Bhineka Bakti Husada

3.7.3. Unit Gawat Darurat

3.7.3.1. Ketenagaan

Tabel 3.4. Tenaga Perawat
Berdasarkan Pendidikan dan Status Kepegawaian

No	Jenis Tenaga	Tahun 2008		Jumlah
		Tetap	Kontrak	
1	Akper	4	5	9
2	SPK	4	-	4
	Jumlah	8	5	13

Tabel 3.5. Realisasi Pengembangan SDM tahun 2008

No	Jenis Pel / PDDK	Realisasi	Tunda	Jumlah	KET
1	PPGD	Br. Yopi Br. Hilman		2	BiayaRS.BBH Biaya sendiri
2	ACLS / ATLS	-	√	-	
3	Pendidikan D3	-	√	-	

Data Personalia RS Bhineka Bakti Husada, tahun 2008

3.7.3.2. Kendala - Kendala

1. SDM sebagai persyaratan akreditasi
 - a. Jumlah tenaga perawat UGD masih kurang (tidak ada untuk pengganti bila ada yang cuti / sakit)
 - b. Belum meratanya Pendidikan dan Pelatihan (PPGD)
2. Fasilitas dan peralatan.
 - a. Terbatasnya peralatan medis (DC syok, monitor ekg dll)
 - b. Fasilitas pendukung masih kurang memadai
 - c. Hasil Laboratorium sering tidaksesuai dengan kondisi pasien
 - d. Kasir pendaftaran masih terpisah jauh
 - e. Radiologi tidak melayani 24 jam
3. Sistem dan Prosedur:
 - a. Kurang lengkapnya protap medik didalam acuan kerja sehingga menghambat dalam pelayanan (belum memenuhi syarat akreditasi)
 - b. Susah mencari rumah sakit rujukan yang berdampak pada mutu pelayanan.

3.7.3.3. Laporan Kegiatan Pelayanan UGD

Tabel 3.6 : Data Kunjungan, Meninggal Di UGD Tahun 2008

No	Bln	Kjgn	Meninggal Di UGD	DOA	Ket
1	Jan	1911	2	8	
2	Feb	1577	2	9	
3	Mar	1752	3	13	
4	Apr	1479	3	8	
5	Mei	1692	6	11	
6	Jun	1628	2	8	
7	Jul	1869	3	11	
8	Agust.	1976	3	7	
9	Sept	1891	2	7	
10	Okt	2280	8	11	
11	Nov	2273	8	15	
12	Des	2726	3	7	
	TOTAL	23054	42	108	

Data Rekam Medis RS Bhineka Bakti Husada

Tabel 3.7 : Data Rujukan UGD Berdasarkan Pengelompokan Usia dan Penyebab Merujuk Periode Januari s.d. Desember'08

Bulan	Jml Rujukan	Anak		Dewasa		Alasan Merujuk		
		Bedah	Non Bedah	Bedah	Non Bedah	TT Penuh	Fasilitas	APS
Jan	170	2	33	20	115	138	17	15
Feb	119	3	19	12	85	84	25	10
Maret	123	3	11	38	71	66	35	22
April	110	5	6	20	79	70	25	15
Mei	177	6	22	36	113	132	28	17
Juni	124	3	19	23	79	104	12	8
Juli	120	3	17	40	60	110	5	5
Agst	109	2	19	33	55	89	10	10
Sept	76	2	4	35	35	38	22	16
Okt	76	5	9	27	35	33	22	21
Nop	87	4	20	40	23	41	26	20
Des	172	8	26	37	101	112	42	18
Total	1500	46	205	361	888	1054	269	177

Data Rekam Medis RS Bhinca Bakti Husada

3.7.3.4. Prosedur / SOP / Sistem

1. Prosedur / SOP pelayanan gawat darurat
 - a. Prosedur / SOP UGD yang terkait dengan bidang lain adalah SOP dengan Rekam Medik, Laboratorium, Radiologi, Farmasi, Logistik
 - b. SOP Kegawat Daruratan / bencana
 - c. Standar Pelayanan Gawat Darurat
 - d. Standar Peralatan
2. Sistem Administrasi gawat darurat
 - a. Pengelolaan obat dan alat
 - b. Administrasi gawat darurat

3.7.3.5. Struktur Organisasi

Terdiri dari :

1. Kepala UGD : 1 Dokter Umum dengan PPGD
2. Kepala Urusan UGD : 1 Perawat (D3 Keperawatan)
3. Perawat Penanggungjawab Jaga
4. Perawat Pelaksana

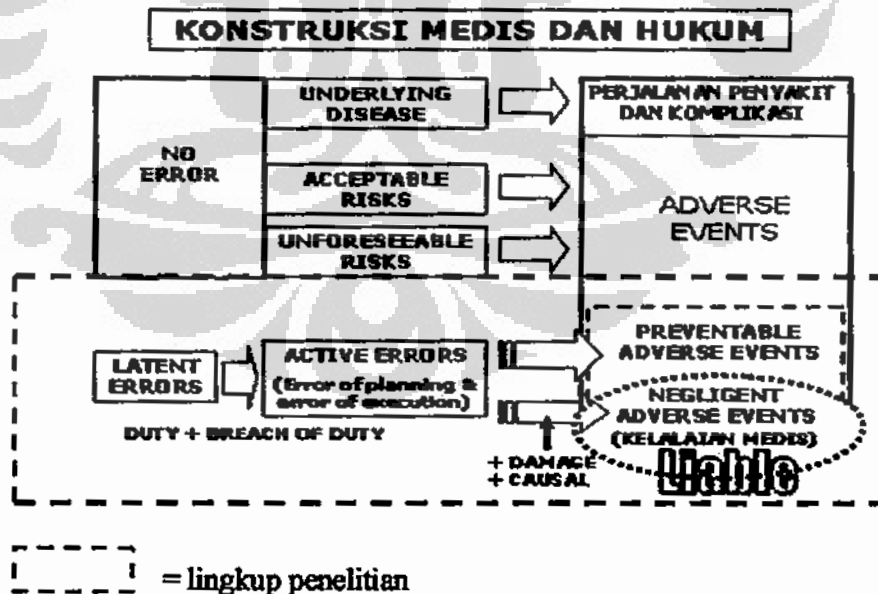
BAB 4
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1. Kerangka Teori

Keselamatan pasien menjadi issue central belakangan ini. Terutama dengan tingginya angka tuntutan hukum terhadap rumah sakit. Ancaman terhadap keselamatan pasien di rumah sakit dapat terjadi dengan derajat kejadian yang berbeda-beda. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*ommission*), dan bukan karena underlying disease atau kondisi pasien.

Kejadian tidak diharapkan tidak selalu terjadi karena kesalahan atau error (lihat bagan 1). Namun dalam penelitian ini yang akan dilihat adalah kejadian KTD yang disebabkan oleh karena adanya Error atau kesalahan.

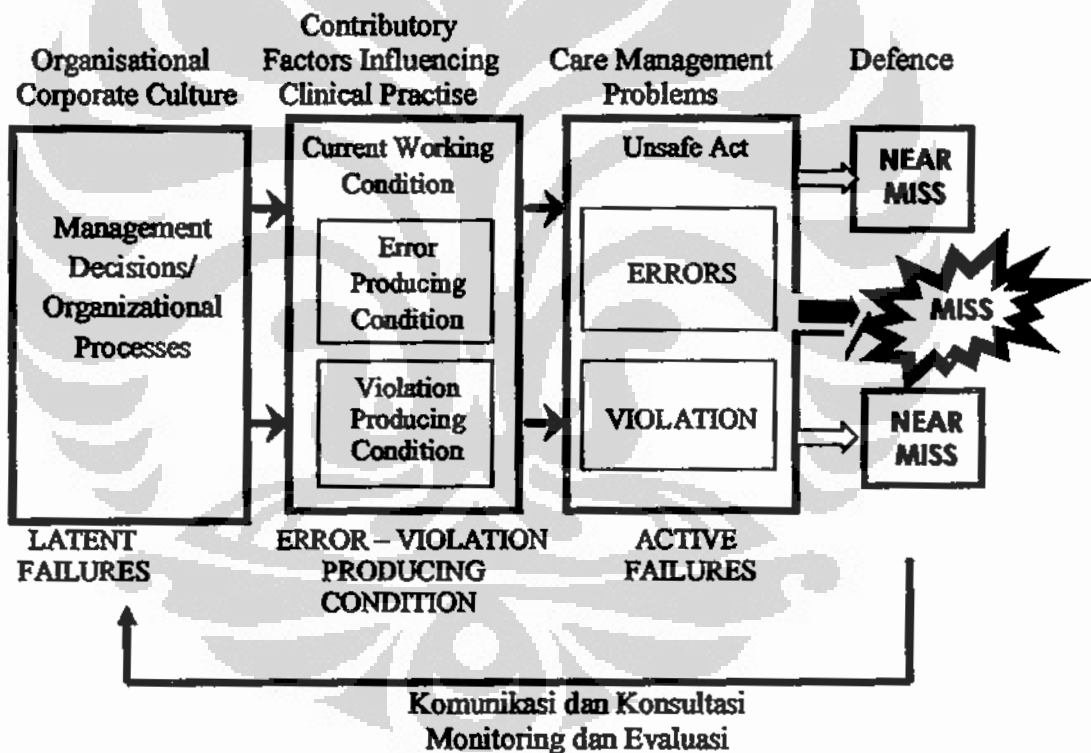
Bagan 1



Gambar 4.1. Lingkup Penelitian

Berdasarkan teori-teori yang telah diuraikan, maka disusunlah kerangka teori dengan melakukan pendekatan *Reason's model of Organizational Accidents* yang telah diadaptasi oleh Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dan dibukukan menjadi Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*) oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit tahun 2008.

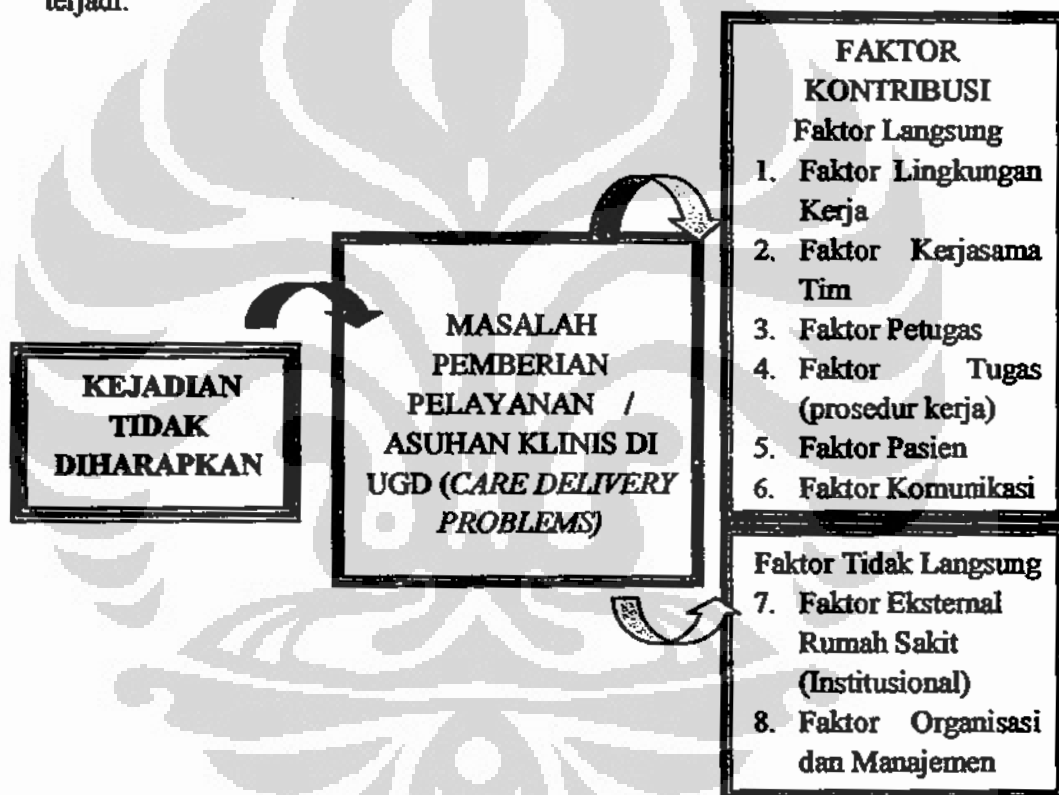
Dengan melakukan pendekatan seperti ini maka peneliti dapat melakukan analisis penyebab insiden (kejadian tidak diharapkan) secara menyeluruh baik *simple investigation* untuk melihat penyebab langsung (*immediate/direct cause*) ataupun melakukan investigasi komprehensif dengan mencari akar penyebab (*Root Cause Analysis*) yang melatarbelakangi penyebab kejadian tersebut.



Gambar 4.2. Kerangka Teori Kejadian Tidak Diharapkan di Rumah Sakit

4.2. Kerangka Konsep

Pendekatan *accident model* ini bersifat retrospektif, jadi metode ini menganalisis rangkaian kronologis kejadian suatu insiden terlebih dahulu, kemudian melihat factor-faktor apa saja yang mempengaruhi terjadinya insiden tersebut. Metode ini dipilih karena di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada belum dilakukan pelaporan kejadian tidak diharapkan atau laporan insiden, sehingga tahap pertama yang harus dilakukan adalah identifikasi terlebih dahulu ada tidaknya kejadian tersebut baru kemudian mencari factor kontribusi yang berpengaruh baik langsung maupun tidak langsung terhadap insiden yang terjadi.



Gambar 4.3. Kerangka Konsep Penelitian

Tahapan dari kerangka konsep tersebut terdiri dari :

a. Identifikasi Kejadian Tidak Diharapkan

Disusun berdasarkan hasil observasi partisipatif sesuai kriteria yang ditetapkan. Bertujuan untuk menyaring kasus-kasus yang tergolong dalam

kejadian tidak diharapkan baik nyaris cedera (*near miss*) ataupun yang telah terjadi cedera atau akibat yang fatal (*sentine event*).

b. Menyusun Kronologi Kejadian

Setelah mendapatkan kasus-kasus yang tergolong dalam kejadian tidak diharapkan maka disusun kronologis berdasarkan wawancara dari staf yang terlibat dalam pemberian asuhan klinis.

Isi dari kronologis adalah narasi kejadian yang menerangkan bagaimana suatu kejadian tidak tertangani, peran dan kesulitan yang dihadapi oleh petugas yang terlibat, serta urutan waktu kejadian.

c. Identifikasi Masalah Pemberian Asuhan Klinis

Dilakukan dengan cara diskusi dan wawancara serta menggunakan instrumen penelitian yang ditetapkan. Diskusi dilakukan untuk mengetahui apa dan mengapa terjadi suatu insiden.

Menurut Vincent. C, (2004) suatu masalah pemberian asuhan klinis memiliki ciri adanya penyimpangan standar pelayanan.

d. Identifikasi Faktor Kontribusi

Langkah berikutnya adalah menentukan faktor kontribusi dari masalah yang timbul dengan menggunakan instrumen penelitian dan hasil dari wawancara di langkah sebelumnya.

Dengan melakukan langkah penelitian sesuai kerangka konsep di atas maka diharapkan dapat menyusun rekomendasi atau saran untuk rumah sakit dalam melakukan manajemen risiko untuk menjamin keselamatan pasien dengan mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan.

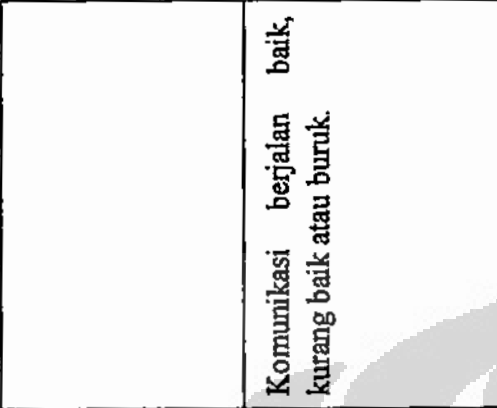
4.3. Definisi Istilah

Tabel 4.1. Definisi Istilah

No	Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur
1	Kejadian Tidak Diharapkan	Adalah suatu hasil akhir yang tidak diharapkan pada pasien dari suatu proses pelayanan asuhan klinis di Unit Gawat Darurat.	Mengisi lembar kejadian tidak diharapkan melalui observasi partisipatif	Lembar pelaporan Kejadian tidak diharapkan	Memenuhi kriteria kejadian tidak diharapkan dari Wolf, Et. Al, (2001) pada lampiran 2.
2	Masalah pemberian asuhan klinis di UGD (CARE DELIVERY PROBLEMS)	Masalah yang timbul dalam proses pelayanan	Identifikasi masalah melalui wawancara dan telaah dokumen (Rekam Medik, SOP dan laporan jaga)	Pedoman Observasi, wawancara, telaah dokumen : SOP, Rekam medis dan protokol lainnya	Memenuhi kriteria suatu proses asuhan klinis merupakan masalah sesuai kriteria Tipe Insiden yang ditetapkan oleh komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008)
3	FAKTOR KONTRIBUSI	Kadaan, tindakan atau faktor yg mempengaruhi dan berperan dalam mengembangkan dan atau meningkatkan resiko suatu kejadian.	Identifikasi masing-masing masalah asuhan klinis yang terkumpul dari point 2 melalui wawancara dan telaah dokumen (Rekam Medik, SOP dan	Daftar Faktor kontribusi KKP RS (lampiran 4) dan Pedoman Wawancara, dokumen : SOP, Rekam medis.	Masing-masing kejadian tidak diharapkan ditentukan faktor apa yang secara langsung maupun tidak langsung menyebabkannya (bisa lebih dari satu faktor)

		laporan jaga)		
3.1	Faktor Eksternal RS (Institusional)	Faktor di luar rumah sakit mencakup aspek regulasi medikolegal dan perilaku masyarakat terkini yang mempengaruhi proses pelayanan asuhan klinis	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Mengetahui ada tidaknya kesesuaian pelaksanaan pemberian asuhan klinis dengan kebijakan yang berlaku.
3.2	Faktor Organisasi dan Manajemen	Kebijakan, prosedur pengorganisasian manajemen resiko klinis rumah sakit.	Wawancara mendalam, telaah dokumen	Mengetahui usaha Rumah Sakit dalam meminimalkan resiko klinis yang timbul di rumah sakit.
3.3	Faktor lingkungan kerja	Kondisi ruangan dan lingkungan fisik di Unit Gawat Darurat	Observasi, wawancara dan telaah dokumen	Kesesuaian antara kondisi fisik dengan persyaratan fisik UGD Rumah Sakit yang berlaku.

3.4	Faktor Kerjasama Tim	Adanya kerjasama antara petugas terkait meliputi supervisi, konsultasi, konsistensi pelaksanaan tugas, <i>job desc</i> , dan respon terhadap insiden.	Wawancara dan telaah dokumen	Pedoman wawancara, dokumen RS : uraian tugas, prosedur dan supervisi	Kesesuaian pemberian asuhan klinis dengan prosedur.
3.5	Faktor petugas	Adalah faktor yang terdapat pada diri petugas atau staf medis UGD, meliputi kompetensi, keterampilan, pengetahuan, beban kerja dan motivasi.	Wawancara dan telaah dokumen	Pedoman wawancara dan dokumen RS penghitungan beban kerja, sertifikat pelatihan	Mengetahui ada tidaknya pengaturan rumah sakit terhadap kemampuan dan peningkatan kualitas staf medis di unit gawat darurat
3.6	Faktor tugas (sarana dan prasarana)	Kondisi peralatan dan prosedur kerja sebagai sarana dan prasarana pemberian pelayanan asuhanklinis	Wawancara dan telaah dokumen	Pedoman wawancara dan dokumen RS : SOP, jadwal pemeliharaan alat, kalibrasi, desain tugas.	Kesesuaian kondisi alat dengan prosedur yang berlaku.
3.7	Faktor Pasien	Karakteristik yang mempengaruhi pelayanan	Wawancara dan telaah dokumen, observasi	Pedoman observasi,	Pengelompokan pasien berdasarkan hasil observasi

3.8	Faktor Komunikasi	<p>klinis pasien dilihat dari kondisi, personal, pengetahuan tentang riwayat pengobatan, hubungan dengan pasien, hubungan dengan petugas.</p> <p>Adalah kegiatan komunikasi baik verbal maupun tertulis antara staf medis, dengan pasien maupun dengan unit lain di luar UGD</p>	Observasi dan telaah dokumen	Pedoman observasi dan dokumen laporan jaga	Komunikasi berjalan baik, kurang baik atau buruk.
					

BAB 5

METODE PENELITIAN

5.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan pendekatan kualitatif. Pendekatan ini digunakan untuk mendapatkan gambaran tentang analisis faktor-faktor kontribusi yang mempengaruhi kejadian yang tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada. Hasil analisis diharapkan dapat mengidentifikasi faktor-faktor kontribusi yang berpengaruh, baik langsung maupun tidak langsung terhadap kejadian tidak diharapkan tersebut.

Model analisis yang dipilih adalah pendekatan *Reason's organizational accident model* yang telah diadaptasi oleh Charles Vincent dan Sally Taylor Adams menjadi *System Analysis of Clinical Incidents The London Protocol*. Sistem inipun sudah dipakai oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit di Indonesia menjadi Pedoman Pelaporan dan Keselamatan Pasien (IKP), 2008. Menurut Vincent (2003), dalam Raharjo, S metode analisis ini dapat mengetahui bagaimana suatu kesalahan dapat terjadi, baik faktor individu maupun organisasi. Kelebihan model ini berorientasikan investigasi dan dapat diaplikasikan dengan cepat serta tidak terlalu rumit.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Nopember 2009.

Seluruh Unit di Rumah Sakit merupakan tempat yang sangat potensial menimbulkan resiko. Pemilihan Unit Gawat Darurat karena alasan secara fungsi pelayanannya sangat strategis untuk melakukan pencegahan kematian dan kecacatan pada pasien dengan kondisi kegawatdaruratan medis. Kondisi pasien gawat darurat membutuhkan pelayanan yang cepat dan tepat karena kondisi mental dan fisik pasien dan keluarga sangat emosional. Hal ini menuntut kemampuan petugas, kondisi fisik dan peralatan serta sarana penunjang yang

sangat baik sehingga dapat memberikan pelayanan sesuai yang diharapkan oleh masyarakat.

5.3. Etika Penelitian

Penelitian dilakukan setelah mendapat izin dari Direktur Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada. Kemudian berkoordinasi dengan Kepala Bagian dan Kepala Ruangan Unit Gawat Darurat dan unit-unit terkakit sehingga didapatkan penjelasan yang lebih menyeluruh.

5.4. Informan

Pemilihan informan dilakukan secara *purposive* berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Prinsip kesesuaian berdasarkan pengetahuan, kewenangan yang dimiliki di Rumah Sakit dan keterkaitannya dengan topik penelitian. Prinsip kecukupan didasarkan terutama pada kelengkapan data, sehingga jumlah sample tidak menjadi hal utama.

Untuk mendapatkan data yang lebih lengkap akan dilakukan *snowball approach*, yaitu menanyakan kepada informan yang dapat memberikan informasi yang berkaitan dengan penelitian.

Untuk mendapatkan gambaran faktor kontribusi klinis yang secara langsung mempengaruhi terjadinya kejadian yang tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat dilakukan observasi partisipatif kepada informan yang terdiri dari staf medis yang terlibat dalam pemberian asuhan klinis yang memenuhi kriteria dari Wolf, et al, (2001). Kemudian dilakukan penentuan tipe kejadian tidak diharapkan berdasarkan masalah pemberian asuhan klinis sesuai tipe Insiden yang ditetapkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008).

Untuk mendapatkan gambaran faktor kontribusi klinis yang secara tidak langsung mempengaruhi terjadinya kejadian tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat diperoleh dari wawancara mendalam terhadap informan yang terdiri dari para pimpinan puncak yaitu Wakil Kepala RS Bidang Medik, Kepala Bagian Keperawatan, Kepala Unit Gawat Darurat dan Kepala Ruangan Unit Gawat Darurat. Hal ini disebabkan karena informan tersebut dianggap memiliki

pengetahuan dan komitmen terhadap kebijakan dan pelaksanaan manajemen resiko di Unit Gawat Darurat.

Informan yang akan dilibatkan dalam penelitian ini antara lain :

1. Kepala RS	: 1 orang
2. WaKa RS Bid.Medik	: 1 orang
3. Kepala Bagian UGD	: 1 orang
4. Kepala Bag Keperawatan	: 1 orang
5. Kepala Ruangan UGD	: 1 orang
6. Ketua Tim Keselamatan Pasien RS	: 1 orang
7. Sekretaris Tim KPRS	: 1 orang
8. Pelaksana Perawat	: 13 orang
9. Dokter Jaga UGD	: 14 orang
Total jumlah informan	: 34 orang

5.5. Pengumpulan Data

5.5.1. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah :

- a. Pedoman FGD (*Focus Group Discussion*) untuk mengawali penelitian
- b. Kriteria Emergency Department Patient Outcome Criteria dari Wolf, et al, 2001
- c. Tipe Insiden dan Subtipe Insiden dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008
- d. Faktor Kontribusi, Komponen dan Subkomponen yang melatarbelakangi terjadinya Insiden Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008
- e. Panduan wawancara mendalam sebagai pedoman mengetahui faktor kontribusi klinis yang tidak langsung mempengaruhi terjadinya kejadian tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat.
- f. Pedoman Observasi partisipatif kepada staf medis di Unit Gawat Darurat untuk mengetahui faktor yang langsung mempengaruhi kejadian tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat.
- g. Catatan peneliti sebagai hasil telaah dokumen.

5.5.2. Teknik Pengumpulan Data

Data penelitian didapatkan dari data primer dan data sekunder yang dikumpulkan dengan cara sebagai berikut :

Sebelum dimulai penelitian dilakukan FGD (*Focus Group Discussion*) yang dibagi dalam 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen terdiri dari 6 orang dan kelompok pelaksana terdiri dari 10 orang dokter dan perawat Unit Gawat darurat). FGD kedua kelompok ini dilaksanakan pada waktu yang berbeda.

Urutan pelaksanaan FGD adalah sebagai berikut :

- a. Persiapan : menyiapkan kelompok FGD, menentukan peserta yang akan diundang, memilih waktu dan tempat yang tepat.
- b. Pelaksanaan : penjelasan tentang tujuan FGD, pemaparan proses penelitian, instrumen yang akan dipakai dalam penelitian, tanggapan peserta terhadap penelitian, hambatan-hambatan yang mungkin ditemui dalam proses penelitian serta menyetujui kesepakatan kerja yang akan dilakukan peneliti dalam proses penelitian tersebut.
- c. Penutupan : menanyakan apakah masih ada masukan dan komentar. Terakhir menyampaikan ucapan terima kasih.

Setelah FGD, dilakukan pengumpulan data primer untuk mendapatkan gambaran faktor kontribusi klinis yang secara langsung mempengaruhi terjadinya kejadian yang tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat dilakukan observasi partisipatif (lampiran 6) saat pemberian asuhan klinis di Unit Gawat Darurat. Dilakukan seleksi kasus yang memenuhi kriteria dari Wolf, et al, (2001) pada lampiran 2. Kemudian dilakukan penentuan tipe kejadian tidak diharapkan berdasarkan masalah pemberian asuhan klinis sesuai tipe Insiden yang ditetapkan oleh Komite Keselamatan Pasien RumahSakit (2008) pada lampiran 3.

Data primer untuk mendapatkan gambaran faktor kontribusi klinis yang secara tidak langsung mempengaruhi terjadinya kejadian tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat diperoleh dari wawancara mendalam terhadap informan yang terdiri dari para pimpinan puncak yaitu Wakil Kepala RS Bidang Medik, Kepala Bagian Keperawatan, Kepala Unit Gawat Darurat dan Kepala Ruangan Unit Gawat Darurat. Pedoman wawancara mendalam yang digunakan seperti dalam lampiran 5.

Data Sekunder diperlukan untuk menggali lebih dalam saat melakukan analisis faktor kontribusi klinis baik faktor langsung maupun faktor tidak langsung yang mempengaruhi kejadian tidak diharapkan. Dokumen-dokumen yang diperlukan dari rumah sakit untuk melihat factor tidak langsung adalah statuta, Rencana Strategis, struktur organisasi, SOP penyelesaian kasus-kasus medikolegal, uraian tugas tim keselamatan pasien rumah sakit dan dokumen lainnya yangterkait.

Data sekunder untuk menggali factor kontribusi klinis yang secara langsung mempengaruhi membutuhkan dokumen antara lain : daftar obat dan alat Unit Gawat Darurat, denah dan tata ruang, daftar ketenagaan, laporan jaga dokter dan perawat Unit Gawat Darurat, SOP (Standard Operasional Prosedur) baik medis maupun non medis atau administrasi serta kebijakan lainnya yang berlaku di Unit Gawat Darurat.

5.6. Analisis Data

Analisis data dilakukan setelah mendapat kesepakatan dalam FGD. Analisis data dibagi dalam 4 tahapan

5.6.1. Tahap Identifikasi Kejadian Tidak Diharapkan

Tahap ini diawali dengan melakukan observasi partisipatif menggunakan lembar laporan kejadian tidak diharapkan baik observasi langsung maupun berdasarkan laporan jaga dokter dan perawat. Kemudian dilakukan identifikasi adanya kejadian tidak diharapkan dengan berpedoman pada kriteria dari Wolf, et al, (2001) pada lampiran 2.

5.6.2. Tahap Menentukan Tipe Kejadian Tidak Diharapkan untuk menentukan Masalah Pelayanan Asuhan Klinis (*Care Delivery Problems*)

Kemudian laporan tersebut ditentukan tipe kejadiannya sesuai pedoman tipe Insiden yang ditetapkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008) pada lampiran 2. Menentukan tipe kejadian ini dilakukan dengan wawancara kepada staf medis yang terlibat dalam pemberian asuhan klinis dan

telaah dokumen pendukung seperti berkas rekam medis, SOP, prosedur kerja dan laporan jaga. Bila diperlukan maka peneliti akan menggali data dari informan lainnya yang dapat memperdalam data yang diperlukan, seperti dokter spesialis atau ketua staf medis fungsional yang terkait dengan kasus yang diperoleh.

5.6.3. Tahap Analisis Faktor Kontribusi Resiko Klinis

Pada tahap ini masing-masing masalah yang ditemukan dilakukan analisis faktor kontribusi resiko klinis yang mempengaruhi terjadinya kejadian tidak diharapkan pada pelayanan asuhan klinis di Unit Gawat Darurat berdasarkan analisa data primer dan data sekunder yang berpedoman pada daftar Faktor Kontribusi, Komponen dan Subkomponen yang melatarbelakangi terjadinya Insiden Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008 pada lampiran 4.

5.6.4. Tahap akhir untuk mendapatkan kesepakatan hasil melalui GDMG

Tahap akhir hasil analisis ini disampaikan dan didiskusikan kembali dalam bentuk CDMG (*Concensus Deciston Making Group*) seperti lampiran 8, bersama lini manajemen untuk menetapkan hasil penelitian ini sudah sesuai dengan kondisi Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada dan menyepakati tujuan yang akan dicapai. Tahapan dari CDMG yang dilakukan adalah :

- a. Penjelasan tujuan : fasilitator menjelaskan tujuan pertemuan dan apa yang akan dibahas
- b. Penjelasan masalah : menjelaskan hasil penelitian yang ditemukan serta aspek yang dinilai dalam penelitian.
- c. Tahap objektif : pengumpulan ide-ide dari peserta. Dalam tahap ini dibahas apakah hasil penelitian sudah menunjukkan kondisi pemberian pelayanan medis di Unit Gawat Darurat yang sebenarnya.
- d. Tahap reflektif : mengulas berbagai informasi yang telah dikumpulkan secara umpan balik.
- e. Tahap interpretatif : pengkajian secara kritis informasi yang diperoleh dalam tahap penelitian, mengerucutkan ide yang mengarah pada pembuatan keputusan.

- f. Tahap decisional : memutuskan point penting sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai.
- g. Konfirmasi dan penutupan : mereview hasil keputusan secara singkat dan menanyakan kembali apakah masih ada yang perlu ditambahkan untuk menyempurnakan hasil penelitian.

5.7. Validitas Hasil Penelitian

5.7.2. Triangulasi sumber

Melakukan *cross-check* data dengan fakta dari sumber lain yaitu informan yang berbeda. Selain dari petugas pelaksana UGD, data juga diperoleh dari pihak koordinator atau kepala ruangan UGD, Kepala UGD dan SMF yang terkait dengan penatalaksanaan pada pasien.

5.7.3. Triangulasi metode

Menggunakan metode FGD, wawancara mendalam, telaah dokumen, observasi partisipatif dan CDMG.

5.7.4. Triangulasi data

Analisis data dilakukan dengan cara telaah dokumen, wawancara dan observasi di Unit Gawat Darurat dan juga unit lain yang terkait, seperti rawat inap dan bagian rekam medis.

BAB 6

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada penelitian ini dilakukan analisis kejadian tidak diharapkan (KTD) atau *adverse event* di UGD Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada, sehingga akhirnya didapatkan gambaran faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi terjadinya *adverse event* di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada dengan waktu penelitian pada bulan Oktober-November 2009. Untuk mendapat gambaran tersebut dilakukan analisis isi (*content analysis*) dari hasil wawancara, telaah dokumen dan observasi partisipatif.

Penelitian dilakukan di Unit Gawat Darurat karena fungsi pelayanan Unit Gawat Darurat yang sangat strategis yaitu untuk mencegah kematian dan kecacatan pada pasien dengan kondisi kegawatdaruratan medis, sifat pelayanannya merupakan suatu area dengan tingkat resiko klinis yang tinggi (*high clinical risks area*), lingkup pelayanannya relatif masih terbatas dalam satu unit kerja, berbeda dengan unit lainnya yang terkait dengan berbagai unit pelayanan di rumah sakit sehingga lingkup penelitian tidak terlalu luas, sehingga dapat mengatasi keterbatasan penelitian. Disamping itu visi RS Bhineka Bakti Husada adalah menjadi rujukan perawatan medis akut yang identik dengan pelayanan UGD.

Penelitian ini dilakukan mengingat penting bagi rumah sakit untuk mengenali atau mengidentifikasi, membuat assesmen kejadian yang potensial menimbulkan masalah, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko dan mengembangkan sistem pengelolaan resiko tersebut termasuk belajar dari insiden yang terjadi.

6.1. Proses Penelitian

Model analisis yang dipilih adalah pendekatan *Reason's organizational accident model* yang telah diadaptasi oleh Charles Vincent dan Sally Taylor Adams menjadi *System Analysis of Clinical Incidents The London Protocol*. Sistem inipun sudah dipakai oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit di Indonesia menjadi

Pedoman Pelaporan dan Keselamatan Pasien (IKP), 2008. Menurut Vincent (2003), dalam Raharjo, S (2006) metode analisis ini dapat mengetahui bagaimana suatu kesalahan dapat terjadi, baik faktor individu maupun organisasi. Kelebihan model ini berorientasikan investigasi dan dapat diaplikasikan dengan cepat serta tidak terlalu rumit. Sehingga model ini dapat digunakan oleh Rumah Sakit untuk mengembangkan manajemen resiko dalam melakukan investigasi suatu insiden klinis.

Pendekatan *accident model* ini bersifat retrospektif, jadi metode ini menganalisis rangkaian kronologis kejadian suatu insiden terlebih dahulu, kemudian melihat factor-faktor apa saja yang mempengaruhi terjadinya insiden tersebut. Berbeda dengan metoda yang bersifat prospektif seperti metoda *Failure Mode and Affect Analysis*, dalam metode ini dipilih dulu topik yang dianggap dapat menjawab pertanyaan apa yang terjadi, kemudian menganalisis dampak dari factor tersebut. Namun demikian kedua metode ini berprinsip tidak mencari kesalahan siapapun, hanya focus pada system dalam menganalisis penyebab dan efeknya dengan tujuan untuk mencegah kejadian berulang dan memperbaiki pelayanan dengan merubah system.

Dengan alasan itulah maka Indonesiapun, melalui PERSI (Persatuan Rumah Sakit seluruh Indonesia) menggunakan pendekatan ini untuk melaksanakan kebijakan *Patient Safety*. Kebijakan inipun dimasukkan dalam parameter penilaian Akreditasi Rumah Sakit, sehingga memiliki dasar hukum yang kuat dan jelas. Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi hadirnya Undang-Undang Rumah Sakit yang baru dan juga globalisasi rumah sakit serta tenaga kesehatan. Menurut PERSI, Rumah Sakit yang dapat bersaing adalah rumah sakit yang memperhatikan *Quality* dan *Safety*.

Sebelum penelitian dilakukan peneliti mengundang informan untuk melakukan *FGD (Focus Group Discussion)* yang dibagi dalam 2 (dua) kelompok, yaitu tingkat manajemen dan pelaksana. FGD ini bertujuan untuk memberikan gambaran proses penelitian, kriteria atau instrument yang dipakai dalam penelitian dan kemudian mendapat masukan atau tanggapan dari informan mengenai proses penelitian.

Seperti yang tergambar dalam kerangka konsep, proses penelitian dilakukan dengan beberapa tahapan yang sifatnya retrospektif. Tahap pertama dilakukan identifikasi kejadian tidak diharapkan atau *adverse event* melalui analisa laporan kejadian. Tahap berikutnya menyusun kronologis kejadian untuk mengetahui apa yang terjadi dan mengidentifikasi masalah yang timbul dalam pemberian asuhan klinis di Unit Gawat Darurat, lalu tahap terakhir adalah analisis factor kontribusi apa yang berpengaruh terhadap kejadian tersebut.

Gambaran faktor kontribusi klinis yang secara langsung mempengaruhi terjadinya kejadian yang tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat dilakukan observasi partisipatif saat pemberian asuhan klinis di Unit Gawat Darurat. Dilakukan seleksi kasus yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Kemudian dilakukan penentuan tipe kejadian tidak diharapkan berdasarkan masalah pemberian asuhan klinis sesuai tipe Insiden yang ditetapkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008). Untuk memperkuat kronologis kejadian dan menggali factor kontribusi langsung ini, dilakukan juga wawancara kepada staf yang terlibat dalam pemberian asuhan klinis. Telaah dokumen dilakukan dengan melihat catatan rekam medis yang dibuat oleh dokter maupun petugas Unit Gawat Darurat, laporan jaga dan dokumen penunjang lainnya seperti standar operasional prosedur, daftar peralatan, daftar ketenagaan dan protocol lainnya yang dimiliki oleh Unit Gawat Darurat. Observasi partisipatif dilakukan untuk melihat apakah yang tertulis dalam protocol sesuai dengan fisik yang ada di Unit Gawat Darurat, seperti peralatan, kondisi ruangan dan pelaksanaan standar operasional prosedur.

Gambaran faktor kontribusi klinis yang secara tidak langsung mempengaruhi terjadinya kejadian tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat diperoleh dari wawancara mendalam terhadap 5 informan yang terdiri dari para pimpinan puncak yaitu Kepala Rumah Sakit, Wakil Kepala RS Bidang Medik, Kepala Bagian Keperawatan, Kepala Unit Gawat Darurat dan Kepala Ruangan Unit Gawat Darurat. Informan ini dianggap memiliki pengaruh yang kuat pada pengambilan keputusan dan pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit. Waktu wawancara antara 30 – 40 menit setiap informan. Telaah dokumen dilakukan dengan melihat dokumen yang terkait dengan

manajemen keselamatan pasien yang dibuat oleh rumah sakit, antara lain Rencana Strategis Rumah Sakit, *Hospital By Law (Statuta)* dan dokumen Akreditasi terkait Patient Safety.

6.2. Kendala Penelitian

Pihak manajemen rumah sakit dan Unit Gawat Darurat memberikan respon positif terhadap penelitian ini. Hal ini karena semua pihak menyadari bahwa keselamatan pasien menjadi perhatian penting akhir-akhir ini oleh berbagai pihak baik Instansi Pemerintah seperti Departemen Kesehatan, Komite Akreditasi Rumah Sakit, Perizinan Rumah Sakit di Dinas Kesehatan dan lainnya. Selain itu Tuntutan pasien terhadap pelayanan rumah sakit yang bermutu juga menjadi dorongan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan aman bagi pasien dan rumah sakit.

Setelah dilakukan FGD (*Focus Group Discussion*) didapat gambaran bahwa pemahaman sebagian besar informan terhadap keselamatan pasien khususnya dan manajemen resiko umumnya masih sangat kurang. Sehingga dibutuhkan waktu untuk memberikan pemahaman terutama tahapan mengenali kejadian yang tergolong dalam kriteria insiden. Hal ini disebabkan kondisi di Unit Gawat Darurat sehingga kejadian yang tergolong insiden sudah dianggap biasa terjadi dengan berbagai alasan. Dalam pertemuan ini juga dijelaskan mengenai tujuan dan manfaat penelitian sehingga diharapkan informan terbuka dalam memberikan informasi dan jauh dari kesan mencari kesalahan petugas maupun rumah sakit. Tujuan utamanya adalah memperbaiki system dan meningkatkan pelayanan rumah sakit serta kepuasan pelanggan. Oleh karena itu laporan insiden dibuat anonym, tidak mencantumkan nama dokter pemeriksa dan perawat jaga serta waktunya. Sehingga tidak dilihat siapa pelakunya melainkan apa yang terjadi.

Unit Gawat Darurat di RS Bhineka Bakti Husada belum menerapkan laporan insiden, bahkan secara keseluruhan rumah sakit masih dalam proses akreditasi. Perolehan self assessment Akreditasi di Unit Gawat Darurat mendapatkan nilai yang terendah dari 5 (lima) pelayanan dasar yaitu 30% pada tahun 2008. Sehingga sulit untuk menggali informasi dari dokumen karena dokumentasi masih sangat terbatas.

Laporan jaga baik perawat dan dokter juga masih dibuat tetapi tidak untuk dievaluasi lebih mendalam. Sehingga untuk identifikasi insiden, peneliti lebih banyak melakukan observasi partisipatif langsung dan menggali dari catatan rekam medis yang dibuat serta wawancara dengan staf yang terlibat.

6.3. Keterbatasan Penelitian

6.3.1. Dokumen

Dokumen di Unit Gawat Darurat sudah dibuat mengikuti standar minimal dari Departemen Kesehatan, seperti buku laporan jaga dokter dan perawat, serta buku register. Berkas rekam medis juga dibuat lengkap, tetapi asuhan keperawatan pasien gawat darurat tidak di buat di Unit Gawat Darurat.

Namun dokumen-dokumen ini kurang mendapatkan tindak lanjut dan evaluasi, sehingga peneliti sulit dalam mencari data-data pendukung, seperti laporan analisa kasus, evaluasi kunjungan Unit Gawat Darurat, laporan audit medis dan lain-lain. Penyimpanan dokumen juga belum tertata baik sehingga sulit mencari dokumen-dokumen prosedur dan protocol lainnya.

Standar Operasional Prosedur Medis sudah dibuat tetapi dalam bentuk draft dan belum dilakukan pengkajian dan pengesahan, sehingga tidak dapat dipakai sebagai pedoman, hal ini mengharuskan peneliti untk melakukan snowball approach kepada dokter spesialis yang terkait dengan kasus yang ditemukan sehingga membutuhkan waktu lebih banyak. Sosialisasi dan evaluasi SOP medis juga belum pernah dilakukan. Sehingga pemberian pelayanan di Unit Gawat Darurat tidak konsisten antar staf medis yang berlainan.

Dokumen Rekam Medis yang menjadi dasar hukum bagi dokter dan rumah sakit dalam memberikan asuhan klinis dinilai peneliti kurang lengkap terisi. Sehingga untuk penelusuran kejadian sulit dilakukan tanpa wawancara dengan staf yang terkait. Pencarian dokumen rekam medis juga membutuhkan waktu 1 hari karena lokasi penyimpanan atau gudang rekam medis sedang dalam perbaikan dan rencana perpindahan.

6.3.2. Sumber Daya Manusia

Peneliti juga melakukan wawancara mendalam serta wawancara untuk telaah kasus dengan staf medis yang terlibat dalam pemberian asuhan klinis. Wawancara dalam telaah kasus idealnya segera dilakukan setelah kejadian. Tetapi hal ini sulit dilakukan karena seluruh staf medis berstatus dokter tidak tetap dengan status kemitraan. Status dokter tetap hanya Kepala Unit Gawat Darurat.

Jumlah dokter Unit Gawat Daruratpun relatif banyak sehingga setiap hari selalu berganti-ganti dokter jaga. Untuk dapat menemui dokter jaga yang bersangkutan dengan insiden membutuhkan waktu 3 (tiga) hari sampai 1 (satu) minggu. Hal ini menyulitkan dokter yang bersangkutan mengingat kembali kejadian.

6.4. Karakteristik Informan

Informan pada penelitian ini terbagi 2 (dua). Pertama informan yang terkait dengan analisis factor kontribusi langsung terhadap kejadian tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat adalah dokter jaga dan perawat jaga yang terlibat langsung dalam pemberian pelayanan asuhan klinis. Dokter jaga Unit Gawat Darurat berjumlah 14 orang dan sangat bervariasi dari usia, lama kerja, status kepegawaian serta pelatihan yang pernah didapatkan.

Dari hasil observasi peneliti, perbedaan latar belakang ini sangat mempengaruhi resiko klinis di Unit Gawat Darurat. Antara lain factor usia menyebabkan keterampilan untuk tindakan-tindakan emergensi menurun, tindakan lebih banyak dilakukan oleh perawat jaga. Proses teguran atau kepemimpinan yang efektifpun sulit dicapai karena perasaan sungkan dan hal subjektif lainnya. Dokter jaga yang merangkap sebagai dokter jaga ruangan rawat inap lebih sedikit melakukan kesalahan dalam pemberian asuhan klinis karena lebih terbiasa dengan pedoman pengobatan dan therapy lanjutan oleh dokter spesialis yang dilakukan di ruang rawat inap.

Informan kedua adalah informan yang dilibatkan dalam wawancara mendalam guna analisis factor kontribusi yang secara tidak langsung mempengaruhi kejadian tidak diharapkan pada asuhan klinis di Unit Gawat Darurat. Pada penelitian ini

sebanyak 6 (enam) orang, yaitu Kepala Rumah Sakit, Wakil Kepala Rumah Sakit Bidang Medis yang juga merangkap sekretaris tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Kepala Bagian Keperawatan, Kepala Unit Gawat Darurat, Kepala Ruangan UGD dan Ketua Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Tabel 6.1. Karakteristik Informan I (Manajemen)

No.	Identitas	Informan						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Lama menjabat	4 thn	4 thn	1 thn	7 thn	1 thn	1 thn	1 thn
2	Jenis kelamin	Lk	Pr	Lk	Lk	Lk	Lk	Pr
3	Umur	54 thn	43 thn	41 thn	38 thn	34 thn	39 thn	43 thn
4	Pendidikan							
5	Seminar Manajemen Risiko	Thn 2006	Thn 2007	-	-	-	-	Thn 2007
6	Pelatihan	-	-	-	-	-	-	-

Tabel 6.2. Karakteristik Informan II (Pelaksana)

1. Dokter Jaga UGD

No.	Identitas	Informan													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Lama bekerja	17 th	15 th	10 th	9 th	9 th	7 th	7 th	6 th	5 th	3 th	2,5 th	1 th	1 th	4 bln
2	Jenis kelamin	Lk	Lk	Lk	Pr	Pr	Lk	Lk	Lk	Pr	Pr	Lk	Lk	Lk	Lk
3	Umur	54 th	67 th	41 th	45 th	44 th	46 th	48 th	54 th	43 th	34 th	36 th	37 th	29 th	31 th
4	Pendidikan	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum	Dokter Umum
5	Pelatihan	-	PPGD	PPGD EKG	PPGD EKG	PPGD EKG	PPGD	-	ACLS	-	PPGD	-	-	PPGD	PPGD

2. Perawat Pelaksana

No.	Identitas	Informan														
		15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27		
1	Lama bekerja	13 th	12 th	10 th	5 th	5 th	3 th	2 th	2 th	1 th	1 th	1 th	4 bl	1 bln	1 bln	
2	Jenis kelamin	Lk	Lk	Lk	Lk	Lk	Lk	Lk	Lk	Lk	Lk	Pr	Pr	Pr	Pr	
3	Umur	34 th	35 th	32 th	29 th	31 th	30 th	30 th	30 th	25 th	24 th	28 th	23 th	32 th	30 th	
4	Pendidikan	SPK	SPK	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	D3	
5	Pelatihan	PPGD	PPGD	PPGD	PPGD	PPGD	PPGD	PPGD	PPGD	-	-	-	-	-	-	

6.5. Identifikasi Kejadian Tidak Diharapkan

Yang dimaksud dengan kejadian tidak diharapkan dalam penelitian ini adalah suatu hasil akhir yang tidak diharapkan pada pasien dari suatu proses pelayanan asuhan klinis di Unit Gawat Darurat. Kejadian tidak diharapkan merupakan suatu hasil akhir yang disebabkan oleh multifaktor yang terkait dalam rangkaian elemen-elemen pelayanan yang saling berhubungan, seperti teori yang banyak dikemukakan.

Penelitian dimulai dengan identifikasi kejadian tidak diharapkan pada pasien berdasarkan formulir isian yang dibuat berdasarkan kriteria Wolf, et al, 2001 disesuaikan dengan kebutuhan penelitian. Formulir diisi oleh perawat jaga Unit Gawat Darurat dan juga peneliti saat melakukan observasi.

Untuk menghindarkan bias dan cakupan yang tidak terjangkau di Unit Gawat Darurat, peneliti juga melakukan identifikasi dengan melakukan telaah dokumen laporan jaga dokter atau perawat. Memilih pasien-pasien dengan kriteria gawat darurat dan observasi ke ruang rawat inap sambil menanyakan adakah keluhan dari dokter konsulen yang merawat pasien terhadap pelayanan UGD.

Setelah formulir identifikasi diisi, peneliti melanjutkan proses identifikasi berdasarkan tipe Insiden dengan berpedoman pada Buku Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan dan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia.

Identifikasi kejadian tidak diharapkan dilakukan selama 30 hari yaitu tanggal 19 Oktober sampai dengan tanggal 17 November 2009. Dari observasi selama 30 hari itu didapatkan jumlah total kunjungan Unit Gawat Darurat sebanyak 1935 orang dengan penggolongan kasus 142 pasien gawat darurat, 864 pasien darurat tidak gawat, dan 929 pasien tidak gawat tidak darurat.

Dari total kunjungan tersebut didapatkan laporan identifikasi insiden kejadian tidak diharapkan sebanyak 32 laporan. Kemudian peneliti menindak lanjuti dengan menentukan tipe insiden dan subtype insiden seperti lampiran 3. Namun yang memenuhi kriteria Wolf maupun pedoman Pelaporan Insiden Rumah Sakit sebanyak

29 laporan, dan berkas rekam medis yang dapat ditemukan sebanyak 26 berkas. Sehingga jumlah kasus yang dilakukan penelitian sebanyak 26 kasus.

Kasus kejadian tidak diharapkan yang dilakukan penelitian adalah kejadian yang tidak hanya menimbulkan cacat atau cedera pada pasien saja, tetapi kondisi near miss atau nyaris cedera yang berpotensi menimbulkan kerugian pada pasien dan rumah sakit juga dilakukan analisis. Demikian juga kasus yang berpotensi untuk pembelajaran dan dapat memberikan masukan untuk perbaikan pelayanan di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit. Walaupun sebenarnya kasus near miss ini dilaporkan sebagai fenomena gunung es, yaitu kasus yang terjadi jauh lebih banyak daripada yang dilaporkan.

Di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada belum menerapkan sistem pelaporan insiden klinis secara baku sesuai kaidah yang ditetapkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Kejadian tidak diharapkan hanya dilakukan secara accidental, bila terdapat komplain dari pasien yang berpotensi menjadi tuntutan. Dari hasil wawancara mendalam didapatkan langkah-langkah menghadapi komplain atau tuntutan pasien (menurut informan I.1, I.4, I.5) adalah :

“ Bila ada komplain maka Kepala ruangan UGD membuat berita acara, dokter jaga saat kejadian diminta membuat kronologis kejadian. Kemudian hasil klarifikasi ini dirapatkan di Komite Medik bersama dokter yang bersangkutan, perawat jaga dan manajemen. Rapat tersebut memutuskan solusi apa yang dipilih dan siapa yang akan menemui pasien untk memberikan penjelasan. Diupayakan semaksimal mungkin selesai pada tingkat ini dan pasien tidak melanjutkan komplainnya pada Institusi luar atau hukum”.

Metode yang diharapkan oleh Departemen Kesehatan dan Komite Akreditasi Rumah Sakit sebenarnya adalah pelaporan secara formal yang dilaporkan kepada Komite keselamatan Pasien Rumah Sakit, yang terdiri dari 7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit, yaitu :

1. Bangun kesadaran nilai keselamatan pasien
2. Pimpin dan dukung staf anda

3. Integrasikan aktivitas pengelolaan resiko
4. Kembangkan sistem pelaporan
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
7. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

Langkah menuju keselamatan pasien ini dapat berjalan efektif bila diawali dengan perubahan budaya organisasi dan membangun komitmen bahwa keselamatan pasien rumah sakit merupakan hal yang penting. Budaya yang dibangun adalah tidak menyalahkan orang lain bila terjadi insiden (*no blame culture*), kepedulian seluruh staf bila terjadi insiden di unit kerjanya, kemauan atau motivasi untuk melaporkan insiden yang bersifat informatif dan tepat waktu, serta proses evaluasi dan tindak lanjut dari laporan insiden tersebut

6.6. Menyusun Kronologi

Setelah melalui tahap identifikasi kejadian tidak diharapkan dan analisis tipe maupun subtype insiden, proses dilanjutkan dengan menyusun kronologi kejadian. Pada tahapan ini dilakukan telaah dokumen yaitu berkas rekam medik dan dilakukan wawancara dengan staf yang terkait dalam pemberian pelayanan asuhan klinis. Laporan kronologis disusun dalam formulir observasi partisipatif yang mengacu pada pedoman pelaporan insiden KKP-RS.

Untuk tetap menjaga kerahasiaan medis , maka peneliti hanya melaporkan ringkasan kasus yang terjadi sebagai berikut :

Tabel 6.3. Ringkasan Kronologis Pemberian Asuhan Klinis Pada Pasien

No.	Kronologis Kejadian	Pemeriksaan Fisik	Diagnosa	Masalah Asuhan klinis
1.	Pasien setengah baya datang pukul 16.50 dengan keluhan badan lemas, kepala pusing sejak semalam. Kaki dan lengan kiri lemas	Kesadaran : CM/GCS 15 TD : 180/120 mmHg Nadi : 102 x/mnt Motorik : $\frac{2}{2} \mid \frac{5}{5}$	Stroke dengan Hemiparrese Sinistra	a. Pemberian cairan infus oleh perawat tidak sesuai instruksi dokter b. Konsul pasien tidak dilakukan oleh dokter UGD.
2.	Pasien usia 40-an datang pukul 22.00, dengan keluhan nyeri dada dan sesak nafas. Nyeri pada dada kanan menjalar sampai ke punggung. Riwayat hipertensi tidak ada	Kesadaran : CM GCS 15 TD : 80/50 mmHg, Nadi : 55 x/mnt EKG : terlampir, tetapi tidak tertulis hasilnya	Myocard Infark	a. Pasien dirujuk dengan kendaraan sendiri b. Berkas Rekam Medis tidak lengkap c. Peningkatan kegawat daruratan belum teratasi
3	Pasien Usia > 65 thn datang pukul 10.45, dengan keluhan nyeri dada dan sesak nafas. Riwayat hipertensi dirawat dengan sakit jantung koroner.	Kesadaran : CM/GCS 15 TD : 130/90 mmHg Nadi : 55 x/mnt Pemeriksaan penunjang : EKG : tidak dilakukan	Myocard Infark	a. Pasien dirujuk dengan kendaraan sendiri b. Belum mendapat terapi c. Berkas RM tidak lengkap d. Tidak melakukan pemeriksaan penunjang yang seharusnya (EKG)
4	Pasien usia 30-an, datang jam 22.15, karena mengalami kecelakaan lalu lintas. Lengan atas kiri sakit bila digerakkan dan bengkok.	Kesadaran : CM/GCS 15 TD : 110/70 mmHg, Nadi : 96 x/mnt Lengan kiri : tampak bengkak, deformitas, krepitasi +, sakit bila digerakkan.	Fraktur tertutup 1/3 proximal humerus	a. Pasien dirujuk dengan kendaraan sendiri setelah dipasang bidai/spalk. b. Rujukan karena tidak tersedia pemeriksaan Rontgen malam hari (lebih dari jam 21.00)

No.	Kronologis Kejadian	Pemeriksaan Fisik	Diagnosa	Masalah Asuhan klinis
5	<p>Pasien usia 24 tahun datang dengan penurunan kesadaran sejak tadi pagi ketika bangun tidur. Riwayat penyakit serius sebelumnya disangkal. Dianjurkan oleh dokter jaga untuk dirujuk.</p> <p>Kepala UGD diminta untuk memeriksakan Gula Darah diperoleh hasil GDS = 40. Pasien diberi therapy hypoglikemia dan kesadaran membaik.</p>	<p>Kesadaran : Sopor / GCS 7 TD : 110/70 mmHg, Nadi : 80 x/mnt, lemah Pemeriksaan gangguan syaraf pusat tidak dilakukan.</p>	<p>Hypoglikemia</p>	<p>Dokter jaga tidak melakukan pemeriksaan yang seharusnya dilakukan</p>
6	<p>Pasien wanita usia 45 tahun, datang dengan keluhan nyeri ulu hati, muntah dan sakit dada.</p>	<p>Kesadaran : CM / GCS 15 TD : 210/120 mmHg, Nadi : 90 x/mnt Rr : 24 x/mnt EKG : dilampirkan sebagai rujukan, hasil tidak ditulis</p>	<p>Chest Pain ec. Myocard Infark</p>	<p>Pasien dirujuk dengan kendaraan sendiri sebelum kegawatdaruratan teratasi.</p>
7	<p>Pasien usia 19 tahun. Sejak 1 hari yang lalu batuk darah, tidak ada sesak, disertai mual dan muntah.</p>	<p>Kesadaran : CM / GCS 15 TD : 110/70 mmHg, Nadi : 70 x/mnt Rr : 24 x/mnt Thoraks : Ronchi +/-, Wheezing -/ Abdomen : NT epigastrium</p>	<p>Hemoptoe ec TBC paru</p>	<p>a. Therapi yang diberikan tidak sesuai dengan prosedur penyakitnya b. Konsul dilakukan bukan oleh dokter jaga, tetapi oleh perawat ruangan rawat.</p>
8	<p>Pasien datang jatuh dari lantai 2. Tangan kanan tidak dapat digerakkan dan bengkak. Mual dan pusing. Tidak ada muntah.</p>	<p>Kesadaran : CM / GCS 15 TD : 140/90 mm Hg Nadi : 80 x / menit Hasil pemeriksaan lain tidak dituliskan</p>	<p>Suspect fraktur tertutup 1/4 distal os. Brachii Dextra</p>	<p>a. Pasien dirujuk karena tidak tersedia Rontgen. b. Pasien dirujuk dengan kendaraan sendiri c. Berkas Rekam Medik tidak lengkap</p>

No.	Kronologis Kejadian	Pemeriksaan Fisik	Diagnosa	Masalah Asuhan klinis
9.	Pasien usia 54 tahun, datang tidak sadarkan diri sejak lebih kurang 12 jam yang lalu. Ada riwayat sakit darah tinggi.	Kesadaran : Coma / GCS 3 TD : 110/70 mmHg Rr : 20 x/menit Nadi : 110 x/menit EKG : Sinus Rhytm Pemeriksaan lain tidak tertulis	Coma suspect Stroke Haemorrhagic	a. Pasien dirujuk dengan kendaraan sendiri karena tidak tersedia ruang peawatan intensif b. Pasien dirujuk sebelum mendapat penanganan. c. Berkas RM tidak lengkap
10.	Pasien usia > 65 tahun, datang dengan keluhan nyeri dada. Tidak ada sesak. Riwayat dirawat oleh dokter spesialis jantung dengan sakit jantung koroner	Kesadaran : CM / GCS 15 TD : 130/80 mmHg EKG : tidak dilakukan Therapi : RL 20 tts/menit, O2, konsul dokter spesialis Jantung	CAD (Coronary Arterial Disease) suspect MCI	a. Pasien pindah ke ruang rawat inap sebelum dilakukan pemeriksaan lengkap b. Konsul oleh perawat ruangan
11	Pasien usia 24 tahun, datang tidak sadarkan diri karena percobaan bunuh diri, setelah gantung diri menggunakan tambang plastik.	Kesadaran : Sopor / GCS 4 TD : 80 / palpasi Tindakan yang dilakukan : o Pasang ETT + Gudel o Infus Asering o Suction	Percobaan bunuh diri	a. Obat-obat untuk memasang ETT tidak tersedia b. Dokter jaga UGD tidak bisa memasang ETT c. Pasien tidak diobservasi dengan alat yang memadai
12	Kesadaran pasien menurun. Riwayat Diabetes dan Hipertensi. Usia > 65 tahun	Kesadaran : Sopor TD : 110/70 mmHg Nadi : 88 x/menit Pemeriksaan lain tdk dilakukan	NIDDM + Low Intake	a. Pasien dirujuk dengan kendaraan sendiri b. Pemeriksaan minimal tidak dilakukan
13	Pasien usia 56 tahun, tiba-tiba muntah, mual dan tidak sadarkan diri. Riwayat Hipertensi +	Kesadaran : Coma / GCS 3 TD : 170/120 mmHg Nadi : 120 x/menit Rr : 20 x/menit, suhu : 37°C Pemeriksaan lain tidak dilakukan	Stroke Haemorrhagic	a. Pasien dirujuk dengan kendaraan sendiri b. Pemeriksaan minimal tidak dilakukan c. Kegawatdaruratan tidak ditangani dulu

No.	Kronologis Kejadian	Pemeriksaan Fisik	Diagnosa	Masalah Asuhan klinis
14.	<p>Pasien usia 34 tahun, datang dengan keluhan sesak nafas, badan ngilu-ngilu, merah-merah seluruh badan.</p> <p>Pasien sudah sering dirawat di RSBBH (4 kali) dengan SLE</p>	<p>Kesadaran : CM / GCS 15 TD : 100/60 mmHg Nadi : 90 x/menit Suhu : 38 °C Kepala : Moonface Kaki Kiri : kontraktur Kulit seluruh tubuh : Nodul kemerahan pada kulit Therapi : Asering 20 tts/menit</p>	<p>Nefrotic Syndrome</p>	<p>Diagnosa masuk tidak sesuai dengan riwayat perawatannya.</p> <p>Pasien dirawat berulang dengan SLE. Therapi lanjutan pembatasan cairan (D5 asnet, Lasix 1 tab/hari)</p>
15	<p>Pasien usia 30 tahun, datang dengan keluhan mual, muntah lebih dari 4 kali. Perut perih, demam lebih 5 hari. Riwayat sakit paru.</p>	<p>Kesadaran : CM, KU: sedang TD : 180/90 mmHg Nadi : 90 x/mnt, suhu : 38 °C Therapi : Asering 20 tts/menit, konsul Internist</p>	<p>Observasi Febris Gastritis</p>	<p>a. Pemeriksaan tekanan darah di UGD berbeda dengan ruang rawat inap (110/70). b. Kesalahan petugas medis salah menuliskan hasil pemeriksaan.</p>
16	<p>Pasien laki-laki usia 26 tahun, datang dengan keluhan sesak nafas. Membawa pengantar dari dokter praktek 24 jam dengan effusi pleura</p>	<p>Kesadaran : CM / GCS 15 TD : 140/80 mmHg Pemeriksaan fisik lainnya tidak dilakukan dan tidak tertulis dalam berkas RM</p>	<p>Myocard Infark</p>	<p>a. Diagnosa dokter jaga tidak didukung oleh pemeriksaan EKG b. Pasien dirujuk karena tidak ada Rontgen c. RM tidak lengkap</p>
17	<p>Pasien usia 23 tahun, datang mengalami kecelakaan lalu lintas. Luka pada kaki kanan. Bengkak, sakit terutama bila digerakkan. Setelah diperiksa dilakukan tindakan spalk kaki dan tangan kanan, rujuk</p>	<p>Kesadaran : CM / GCS 15 TD : 120/80 mmHg Pemeriksaan fisik lainnya tidak tertulis dalam berkas rekam medis</p>	<p>Fraktur cruris dan colles dextra</p>	<p>a. Rujuk karena Rontgen tidak ada b. Rekam Medis tidak lengkap</p>

No.	Kronologis Kejadian	Pemeriksaan Fisik	Diagnosa	Masalah Asuhan klinis
18	Pasien usia 60 tahun, datang jam 01.20, jatuh di kamar mandi, kaki kiri lemas. Riwayat Hipertensi +, gelisah dan muntah-muntah	Kesadaran : Apatis/ GCS 13 TD : 240/140 mmHg Pemeriksaan fisik lainnya tidak tertulis	Stroke	a. Pasien dirujuk dengan kendaraan sendiri sebelum mendapat penanganan, karena tidak tersedia ruang perawatan intensif b. Berkas Rekam Medik tidak lengkap
19	Pasien anak post kecelakaan lalu lintas, datang tidak sadarkan diri, sianosis, luka robek pada kepala bagian kanan. Diberikan terapi : WT/HT situasi Infus Asering O2 Pasang Collar Neck Observasi Rujuk	Kesadaran : Sopor / GCS 4 Pupil isokor, RC +/- Rr : 20 x/menit Nadi : 120 x/menit Status lokalis : Kepala : o Luka robek lk 10 cm pd kepala bagian kanan o Jejas trauma di leher kanan depan Dada kanan : o Jejas dada kanan di bawah klavikula, krepitasi -	Cedera kepala berat	a. Pasien dirujuk karena tidak tersedia ruang perawatan intensif b. Observasi dilakukan dengan alat dan terapi minimal. c. Observasi dilakukan tidak terus menerus karena keterbatasan petugas (jam 09.30 sampai jam 13.45, pasien dirujuk jam 16.15)
20	Pasien datang jam 13.15, sakit dada sebelah kiri belakang, menjalar sampai ke kanan sejak semalam. Keringat dingin dan berdebar. Therapi sebelum dirujuk : ISDN 10 mg SL, Aspilet 1 tablet, Simvastatin	TD : 130/80 Nadi : 100 x/menit Suhu : 37 °C Cor : HR : 88 x/menit, reguler, murmur - Paru : Ronchi basal paru : + Akral : dingin EKG : terlampir tidak ditulis hasil bacaannya	Myocard Infark STEMI	Pasien dirujuk dengan kendaraan sendiri karena tidak ada ruang intensif

No.	Kronologis Kejadian	Pemeriksaan Fisik	Diagnosa	Masalah Asuhan klinis
21	<p>Pasien datang dengan keluhan sakit perut, mual, muntah 4 kali, sudah 3 hari tidak bisa BAB. 3 hari yang lalu sudah berobat ke UGD RS Bhineka Bakti Husada dengan keluhan yang sama. Diagnosa 3 hari yang lalu Colic Abdomen. Diobati ; Teranol injeksi, Acran IM, obat : L Bio, Gastridin, Polysilane, boleh pulang.</p>	<p>KU : lemah, kesadaran : CM/GCS 15 TD : 130/90 mmHg Abdomen : Distended, NT +, peristaltik menurun</p>	<p>Ileus</p>	<p>Pasien masuk kembali ke UGD < 48 jam dengan keluhan lebih berat.</p>
22	<p>Pasien anak masuk malam hari dengan keluhan demam sudah 2 hari. Menurut ibunya ada kejang di rumah. Disertai muntah dan diare (tertulis di status UGD). Diagnosa masuk Gastro enteritis akut. Konsul via telepon oleh perawat ruangan mendapat terapi Nifudiar, vometa dan antipiretik. Keesokan harinya, hasil anamnesa dokter spesialis anak didapatkan bahwa pasien tidak ada riwayat muntah dan diare selama panas 2 hari ini.</p>	<p>KU : sedang kesadaran : CM/GCS 15 TD : 110/70 mmHg Abdomen : Bising usus meningkat, turgor baik</p>	<p>Gastroenteritis Akut</p>	<p>Tidak sesuai dengan kondisi dokter dengan pasien</p>
23	<p>Pasien anak kurang dari 1 tahun, datang dengan keluhan muntah dan diare sejak 12 jam yang lalu. Muntah setiap kali makan dan minum. Sudah berobat 6 jam yang lalu ke UGD dengan dokter yang sama, diberi obat dan boleh pulang. Datang kembali karena tidak ada perbaikan. Pasien diinstruksikan untuk dirawat.</p>	<p>KU : sedang kesadaran : CM/GCS 15 TD : 110/70 mmHg Abdomen : Bising usus meningkat, turgor baik</p>	<p>Gastroenteritis akut</p>	<p>Pasien masuk kembali ke UGD < 48 jam dengan keluhan sama.</p>

No.	Kronologis Kejadian	Pemeriksaan Fisik	Diagnosa	Masalah Asuhan klinis
24	<p>Pasien dewasa datang dengan keluhan post kecelakaan lalu lintas. Kaki kiri sakit bila digerakkan, bengkok, kaki sedikit bengkak dan tampak luka tajam ukuran 1x1 cm.</p> <p>Pasien dirujuk karena tidak ada Rontgen, sehingga pasien komplain karena merasa mendapat penanganan tidak maksimal.</p>	<p>Kesadaran : CM / GCS 15 TD : 130/90 mmHg</p> <p>Pemeriksaan fisik lainnya tidak tertulis dalam berkas rekam medis</p>	<p>Fraktur terbuka 1/3 distal tibia sinistra</p>	<p>a. Pasien dirujuk karena tidak ada pemeriksaan Rontgen pada malam hari.</p> <p>b. Dirujuk dengan kendaraan sendiri</p>
25	<p>Seorang wanita usia 65 tahun berobat pada tanggal 2 November 2009, jam 07.16 pagi dengan keluhan mual, ulu hati nyeri. Riwayat hipertensi.</p> <p>Pada pemeriksaan fisik ditemukan : kesadaran : CM / GCS 15, TD : 180/120 mmHg. Didiagnosa oleh dokter jaga : Dyspepsia dan Hipertensi.</p> <p>Therapi : injeksi Narfoz, boleh pulang dengan obat : Cardisan, Lasix dan impepsa.</p> <p>Pada tanggal 7 November jam 18.40, pasien kembali lagi dengan penurunan kesadaran, nafas satu-satu, dan menurut keluarga pasien sudah sakit lama.</p>	<p>Pemeriksaan fisik : kesadaran : spoor comatous, GCS 7, TD : 40/palpasi, nadi 40 x/menit, GDS : 238.</p> <p>Dilakukan pemberian infuse dan Oksigen, 5 menit kemudian, jam 18.45 pasien henti nafas, dilakukan resusitasi tidak berhasil dan meninggal pada jam 18.50. EKG flat.</p>	<p>Penurunan kesadaran</p>	<p>Pada saat pasien berobat pertama dokter tidak melakukan pemeriksaan EKG, sesuai SOP pada hipertensi manula, pasien harus dilakukan EKG untuk menyingkirkan kemungkinan infark myocard.</p>
26	<p>Pasien laki-laki usia 45 tahun datang dengan penurunan kesadaran, mengorok, diantar oleh kerabat yang tidak serumah. Oleh dokter dianjurkan untuk dirujuk ke ICU. Setelah 2 jam lebih keluarga belum selesai mengurus kamar, pasien mengalami henti nafas, dicoba resusitasi, menyuntikkan epinefrin. Namun pasien tidak tertolong.</p>	<p>Kesadaran : coma, GCS 3. TD : 210/120 Nadi : 110 x/menit C/P : dbn</p>	<p>Penurunan kesadaran suspect Stroke</p>	<p>a. Prosedur rujukan sulit</p> <p>b. Dokter tidak mampu melakukan tindakan pemasangan ETT</p> <p>c. Peralatan monitor untuk pasien mengobservasi minimal</p>

6.7. Identifikasi Masalah Pelayanan Asuhan Klinis

Setelah menyusun kronologi kejadian yang tidak diharapkan, proses dilanjutkan pada langkah identifikasi masalah pelayanan asuhan klinis (*Care Delivery Problems*). Untuk menetapkan masalah dalam pelayanan ini dilakukan telaah berkas rekam medis, wawancara dengan staf yang terlibat dalam pelayanan, telaah dokumen seperti standar operasional prosedur dan protocol lainnya.

Untuk memvalidasi data tersebut dilakukan juga snowball approach pada dokter konsulen yang terkait dengan kasus yang ditemukan. Hal ini terutama karena standar operasional prosedur di UGD belum lengkap sesuai kasus yang ada di pelayanan. Validasi sumber juga dilakukan dengan diskusi bersama kepala UGD dan kepala ruangan UGD untuk mengetahui masalah yang melatarbelakangi kejadian yang tidak diharapkan tersebut.

Diskusi dan wawancara yang dilakukan untuk identifikasi masalah dalam pelayanan asuhan klinis didasarkan terutama pada 2 (dua) hal, yaitu adanya penyimpangan standar operasional prosedur dan masalah tersebut berpotensi menimbulkan kejadian tidak diharapkan pada pasien.

Standar operasional prosedur medis yang ada di Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada baru dalam bentuk draft, dan SOP tersebut dibuat berdasarkan hasil studi banding ke rumah sakit lain beberapa tahun yang lalu. Standar ini belum disesuaikan dengan kondisi di rumah sakit setempat, belum mendapat feed back dari komite medis yang ada, belum mendapatkan pengesahan dari Direktur sehingga belum disosialisasikan kepada seluruh staf yang bekerja di Unit Gawat Darurat.

Berdasarkan hasil wawancara dan diskusi untuk mengidentifikasi masalah pelayanan asuhan klinis maka ditetapkan *Care Delivery Problem* sebagai berikut :

Tabel 6.4. Masalah Asuhan Klinis (*Care Delivery Problems*)

No.	Masalah Pelayanan Asuhan Klinis	Jumlah	Persentase
1.	Sistem rujukan antar rumah sakit kurang memadai	13	19,4 %
2.	Tidak tersedia alat penunjang medis dan fasilitas perawatan yang memadai	12	17,9 %
3	Kemampuan staf medis untuk melakukan resusitasi dan penanganan kegawat daruratan kurang memadai	9	13,4 %
4	Kesalahan prosedur dalam menegakkan diagnosa	8	11,9 %
5.	Berkas rekam medik tidak lengkap	8	11,9 %
6.	Ketelitian petugas unit gawat darurat kurang	4	5,97 %
7	Mekanisme konsul pasien gawat darurat tidak sesuai prosedur	3	4,48 %
8	Pemberian therapy kurang adekuat	3	4,48 %
9	Triase pasien berdasarkan kegawatan pasien tidak berjalan	3	4,48 %
10	Tindakan observasi intensif pasien gawat darurat medis di UGD kurang memadai	3	4,48 %
11	Ketidakterersediaan obat-obat emergency	1	1,49 %
	Jumlah masalah	67	100 %

Dari tabel di atas, 26 kasus yang dianalisis diperoleh 67 masalah asuhan klinis. Ini membuktikan bahwa kejadian tidak diharapkan disebabkan oleh banyak faktor (multifaktor) seperti teori yang dikemukakan pada Bab sebelumnya. Persentase dari tiap-tiap faktor diatas diperoleh dengan cara membagi jumlah temuan tiap masalah dengan total jumlah masalah keseluruhan (67) dikalikan dengan 100.

Dalam penelitian serupa yang dilakukan oleh Saptono Raharjo, tahun 2006 di RS "X" disebutkan bahwa identifikasi *Care Delivery Problems* menurut Vincent C (2004) sebaiknya dilakukan dengan melibatkan konsultan selain melibatkan staf yang memberikan pelayanan. Namun karena di Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada tidak ada konsultan maka validasi dilakukan dengan diskusi bersama pihak manajemen baik Kepala UGD, Kepala Ruangan UGD dan Wakil Kepala Bidang Medik. Validasi juga dilakukan dengan melakukan wawancara terhadap dokter spesialis konsulen

(*snowball approach*) dengan membandingkan standar operasional prosedur yang seharusnya dilakukan oleh staf medis.

Penentuan masalah pelayanan asuhan klinis ini juga memakai pedoman penetapan insiden dan subtype insiden yang dibuat oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang dikeluarkan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) tahun 2008 seperti terlampir dalam lampiran 3.

6.8. Analisis Faktor Kontribusi

Terbagi 2 (dua), yaitu kontribusi langsung dan kontribusi tidak langsung. Tahap analisis faktor kontribusi menggunakan instrument Daftar Faktor Kontribusi, Komponen dan Subkomponen yang dibuat oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang dikeluarkan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) tahun 2008 seperti terlampir dalam lampiran 4. Tahap ini dilakukan bersamaan dengan langkah sebelumnya yaitu menentukan *Care Delivery Problems*.

Untuk melihat hasil penelitian yang dilakukan berikut tabel rekapitulasi dari kedua faktor tersebut :

Tabel 6.5. Rekapitulasi Faktor Kontribusi Kejadian Tidak Diharapkan

No	Fakt Kontribusi	Komponen	Subkomponen	Jmlh	Persen
A	Faktor Kontribusi Langsung				
1.	Tugas/Prosedur Kerja	c. SOP	a. Ketersediaan	20	7,3 %
			d. Peninjauan SOP	20	7,3 %
		b. Desain Tugas	Penyelesaian tugas tepat waktu sesuai SOP	18	6,56 %
			Sub Total	58	21,6 %
2	Kerjasama Tim	a. Supervisi dan Konsultasi	a. Supervisi	21	7,7 %
			b. Alur konsul	12	4,38 %
		b. Konsistensi	Kesamaan tugas	7	2,5 %
			Sub Total	40	14,6 %
3	Petugas	a. Kompetensi	Verifikasi kualifikasi dan rekredensial	20	7,3 %
		b. Stressor fisik dan mental	Beban kerja	2	0,73 %
			Sub Total	22	8,03 %

No	Fakt Kontribusi	Komponen	Subkomponen	Jmlh	Persen
4	Lingkungan Kerja	a. Desain dan Bangunan	Fungsionalitas	3	1,09 %
		b. Peralatan/sarana /prasarana	Ketidaktersediaan	18	6,56 %
			Sub Total	21	7,66 %
5	Komunikasi	a. Komunikasi verbal	Antara staf dokter UGD dengan spesialis	11	4,01 %
		b. Komunikasi tertulis	Ketidaklengkapan informasi (RM)	8	2,9 %
			Sub Total	19	6,9 %
6	Pasien	a. Kondisi Pasien	Penyakit kompleks, berat atau Multi komplikasi	6	2,19 %
		b. Personal	Keluarga	1	0,36 %
		c. Hubungan petugas & pasien	Hubungan tidak baik	1	0,36 %
			Sub Total	8	2,9 %
A	Faktor Kontribusi Tidak Langsung				
7	Eksternal/ luar RS	a. Peraturan nasional		16	5,84 %
		b. Kerjasama dgn Organisasi lain		16	5,84 %
			Sub Total	34	12,4 %
8	Organisasi dan Manajemen	a. Organisasi dan manajemen	a. Pengawasan	21	7,66 %
			b. Jenjang pengambilan keputusan	12	4,38 %
		b. Kebijakan, standar dan Tujuan	Manajemen resiko dan Quality Improvement	19	6,93 %
		c. Diklat	Manajemen training, pelatihan dan refreshing	20	7,3 %
		Sub Total	72	26,3 %	
Total Faktor Kontribusi Langsung dan Tidak Langsung				274	100 %

Faktor kontribusi langsung dan tidak langsung yang ditemukan dalam penelitian ini adalah 274 faktor, nilai persentase didapatkan dengan membagi jumlah tiap faktor kontribusi dengan jumlah total faktor kontribusi yang ditemukan (274).

6.9. Analisis Faktor Kontribusi Langsung

Untuk mendapatkan gambaran lebih menyeluruh terhadap factor kontribusi ini, juga dilakukan wawancara mendalam, sehingga peneliti mendapat gambaran

pemberian asuhan klinis di unit gawat darurat sebelum melakukan observasi partisipatif. Wawancara mendalam dilakukan kepada 2 (dua) kelompok, yaitu tingkat manajemen dan tingkat pelaksana. Faktor kontribusi langsung lebih digali pada wawancara mendalam kepada tingkat pelaksana. Tingkat manajemen yang banyak memberikan masukan terhadap faktor kontribusi langsung adalah Kepala UGD dan Kepala Ruangan UGD karena keduanya melakukan supervisi langsung terhadap pemberian asuhan klinis di UGD.

Berdasarkan Daftar Faktor Kontribusi yang digunakan sebagai instrument penelitian, terdapat 6 (enam) faktor kontribusi yang secara langsung mempengaruhi terjadinya kejadian tidak diharapkan, yaitu Lingkungan Kerja, Kerjasama Tim, Petugas, Tugas (Prosedur Kerja), Pasien dan Komunikasi. Berikut analisis per faktor mulai dari faktor langsung dan faktor yang terbesar :

6.9.1. Faktor Tugas (Prosedur Kerja)

Faktor tugas atau prosedur kerja, adalah ketersediaan dan penggunaan standar operasional prosedur dan protocol pemeriksaan lainnya, serta keakuratan hasil pemeriksaan penunjang yang dapat mempengaruhi hasil akhir asuhan klinis.

Standar Operasional Prosedur adalah dokumen yang menjelaskan proses kerja di rumah sakit. Di Unit Gawat Darurat dapat berupa proses pelayanan medis, administrative dan manajerial. Di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada SOP administrative 70% tersedia. Tetapi SOP Medis belum tersedia lengkap dan penyimpanannya kurang baik sehingga sulit dicari bila dibutuhkan. Disamping itu SOP ini belum tersosialisasi dengan baik. Dari wawancara dengan pelaksana Unit Gawat Darurat, baik dokter maupun perawat jaga menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan petugas terhadap SOP yang berlaku sangat bervariasi tergantung pada lama kerja, pengalaman dan pelatihan yang dimiliki petugas.

Standar Operasional Prosedur yang tersedia untuk menunjang kelancaran pemberian asuhan klinis seharusnya tersedia lengkap, tersosialisasi dengan baik dan selalu dilakukan peninjauan berkala disesuaikan dengan kemampuan Unit Gawat

Darurat, visi pelayanan yang akan diberikan dan berdasarkan jenis kasus yang banyak dilayani dan dibutuhkan di Unit Gawat Darurat tersebut.

Dari telaah dokumen yang dilakukan, berikut daftar SOP yang dimiliki oleh Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada bila disesuaikan dengan Buku Pedoman Pelayanan Gawat Darurat dari Departemen Kesehatan RI (1995) :

Tabel 6.6. Daftar SOP Unit Gawat Darurat

No	Jenis SOP (Protokol)	Tersedia		Sosialisai	Revisi/ Peninjauan
		Ada	Tdk		
1	Sistem PPGD di UGD	X		Tidak Ada	Tidak Ada
2	Sistem PPGD di RS	X		Tidak Ada	Tidak Ada
3	Sistem PPGD di Kota	X		Tidak Ada	Tidak Ada
4	Triage	X		Tidak Ada	Tidak Ada
5	Sistem rujukan	X		Tidak Ada	Tidak Ada
6	Penerimaan Pasien	X		Tidak Ada	Tidak Ada
7	Sistem Asuransi	X		Tidak Ada	Tidak Ada
8	Child Abuse	X		Tidak Ada	Tidak Ada
9	Sexual Abuse	X		Tidak Ada	Tidak Ada
10	Keamanan psn Psikiatrik Akut		X	Tidak Ada	Tidak Ada
11	Kontaminasi Radioaktif		X	Tidak Ada	Tidak Ada
12	Keracunan	X		Tidak Ada	Tidak Ada
13	Penderita tak Dikenal	X		Tidak Ada	Tidak Ada
14	Medical Record	X		Tidak Ada	Tidak Ada
15	Visum et Repertum	X		Tidak Ada	Tidak Ada
16	Kerahasiaan Medis	X		Tidak Ada	Tidak Ada
17	Surat Cuti	X		Tidak Ada	Tidak Ada
18	Resep Obat Narkotik	X		Tidak Ada	Tidak Ada
19	Kematian di UGD	X		Tidak Ada	Tidak Ada
20	Mati Waktu Tiba (DOA)	X		Tidak Ada	Tidak Ada
21	Kebakaran	X		Tidak Ada	Tidak Ada
22	Listrik Mati	X		Tidak Ada	Tidak Ada
23	Malfunction Equipment		X	Tidak Ada	Tidak Ada
24	Bencana	X		Tidak Ada	Tidak Ada
25	Resusitasi Kardio Pulmoner	X		Tidak Ada	Tidak Ada
26	Syok Anafilaktik	X		Tidak Ada	Tidak Ada
27	Evakuasi Medis		X	Tidak Ada	Tidak Ada

Secara kelengkapan dokumen, SOP administrasi yang ada di Unit Gawat Darurat sudah tersedia hampir lengkap, tetapi SOP ini tidak dilakukan sosialisasi kepada petugas dan tidak ada evaluasi, revisi dan peninjauan ulang SOP sejak

disusunnya SOP ini yaitu tahun 2004. Sosialisasi dan peninjauan serta revisi terhadap SOP, menurut Buku Panduan Akreditasi Rumah Sakit tahun 2007 adalah penyampaian prosedur yang berlaku kepada seluruh petugas terkait yang dilakukan secara berkala minimal 1 (satu) tahun sekali. Pengesahan oleh Manajemen juga belum dilakukan. SOP dibuat terkait dengan persiapan rumah sakit dalam memenuhi akreditasi Rumah Sakit, namun masih kurang dievaluasi dan ditindaklanjuti dalam pelaksanaannya.

SOP umum tersebut tidak dilengkapi dengan SOP Medis. Menurut kepala Unit Gawat Darurat SOP Medis pernah dibuat, tetapi saat ini dokumen belum tersimpan dengan baik sehingga sulit dicari. SOP Medis yang adapun belum tersosialisasi dengan baik, juga belum dilakukan peninjauan dan revisi serta belum melibatkan Komite Medik dalam penyusunannya. SOP Medik yang seharusnya dilengkapi adalah sesuai dengan 10 penyakit terbanyak yang dilayani di Unit Gawat Darurat, yaitu :

1. ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut)
2. Observasi Febris
3. Dispepsia
4. TBC Paru (Tuberculosis)
5. Cedera
6. Gastroenteritis
7. DHF (Dengue Haemorrhagic Fever)
8. Hipertensi
9. Asma Bronchiale
10. Kecelakaan lalu lintas

Dari daftar 10 besar penyakit yang masuk ke Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada tersebut terlihat bahwa pelayanan pasien di sini masih banyak melayani pasien dengan katagori tidak gawat tidak darurat. Sehingga harus ada juga SOP untuk penyakit dengan kegawatdaruratan medis seperti 10 penyakit penyebab kematian terbanyak di rumah sakit yaitu ;

1. Tuberculosis

2. Stroke
3. CRF (Chronic Renal Failure)
4. NIDDM (Non Insulin Dependent Diabetic Mellitus)
5. Gastroenteritis
6. Cirrhosis Hepatis
7. Myocard Infark
8. Bronchopneumonia
9. Decompensatio Cordis
10. Gastritis Errosif

Namun SOP dari daftar diagnosis tersebut belum tersedia di Unit Gawat Darurat.

Berikut ini hasil analisis factor kontribusi tugas pada penelitian :

Tabel 6.7. Faktor Kontribusi Tugas (Prosedur Kerja)

No	Komponen	Subkomponen	Jumlah	Persentase
1.	Ketersediaan SOP	a. Prosedur Peninjauan dan Revisi SOP	20	7,3 %
		b. Ketersediaan SOP	20	7,3 %
		c. Kualitas Informasi		
		d. Prosedur Investigasi		
2.	Ketersediaan dan Akurasi Hasil Test	a. Test Tidak Dilakukan		
		b. Ketidaksesuaian antara hasil test dan interpretasi		
3.	Faktor Penunjang dalam Validasi Alat Medis	a. Ketersediaan, penggunaan, reliabilitas		
		b. Kalibrasi		
4.	Desain Tugas	Penyelesaian Tugas tepat waktu sesuai SOP	18	6,56 %

Faktor kontribusi terbesar dalam factor tugas ini adalah ketersediaan dan prosedur peninjauan / revisi standar operasional prosedur medis sebanyak 20 kasus (7,3 %). Standar Operasional Prosedur menurut Komite Akreditasi RS (2007) adalah standar profesi berupa pedoman, skema pengambilan keputusan, prosedur kerja yang diberlakukan oleh pimpinan rumah sakit, sehingga tiap-tiap tindakan atau asuhan

klinis ada standarnya. Bila tidak ada SOP maka staf medis akan kesulitan dalam melakukan tindakan baik diagnosis, terapi maupun pencegahan.

Standar Operasional Prosedur Medis di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada belum dimiliki secara lengkap. Hal ini tergambar dalam hasil wawancara (Informan 1, 3) berikut :

“ SOP di Unit Gawat Darurat baru tersedia 30%, itupun bukan SOP medis, dan belum melibatkan SMF secara maksimal dalam penyusunan SOP ini. Oleh karena itu belum dilakukan sosialisasi maupun evaluasinya ”.

Dengan tidak tersedianya standar operasional prosedur medis di unit gawat darurat, maka dapat dilihat timbul factor ketidaksamaan pelaksanaan tugas oleh staf medis karena masing-masing melakukan asuhan klinis sesuai dengan pengetahuan, keterampilan dan pengalamannya.

Faktor tugas lainnya masih terkait dengan ketersediaan SOP adalah prosedur peninjauan dan revisi, sebanyak 20 (7,3 %) juga. Artinya prosedur tersebut tidak pernah dilakukan peninjauan apakah sesuai dengan kondisi dan kebutuhan di Unit Gawat Darurat, misalnya dengan evaluasi kunjungan, jenis kasus dan lainnya. Sehingga dengan tidak adanya prosedur ini supervisi tidak berjalan karena sulit melihat kesesuaian pelaksanaan tugas dengan SOP. Hal ini diperkuat dengan factor desain tugas yang menjamin penyelesaian tugas tepat waktu dan sesuai prosedur tidak tersedia berkontribusi sebanyak 18 kali (6,56 %).

Secara hokumpun dengan tidak tersedianya standar operasional prosedur maka asuhan klinis yang diberikan tidak dapat dipertanggungjawabkan bila ada tuntutan malpraktek di rumah sakit. Hal ini terdapat dalam Undang-Undang Praktek Kedokteran (UUPK) No. 29 tahun 2004, pasal (44), ayat (1) : “Dokter atau Dokter Gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi” dan pasal (51) ayat (a) : “.....memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien “.

Oleh karena itu penting kiranya bagi rumah sakit mulai menyusun standar operasional prosedur yang sesuai dengan kondisi rumah sakit sebagai jaminan rasa aman bagi staf medis yang melakukan asuhan klinis pada pasien.

6.9.2. Faktor Kerjasama Tim

Kerjasama Tim didasarkan pada kondisi kerja di Unit Gawat Darurat adalah rangkaian pemberian pelayanan medis yang dilakukan banyak orang dari berbagai disiplin ilmu melalui tata cara berkomunikasi, saling membantu dan pengawasan satu sama lainnya yang mempunyai dampak pada pasien.

Hasil analisis faktor kontribusi kerjasama tim pada penelitian dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.8. Faktor Kontribusi Kerjasama Tim

No	Komponen	Subkomponen	Jumlah	Prosentase
1.	Supervisi dan Konsultasi	a. Supervisi/pengawasan	21	7,7 %
		b. Adanya kemauan Staf Junior berkomunikasi/mekanisme konsul	12	4,38 %
		c. Cepat Tanggap		
2.	Konsistensi	a. Kesamaan Tugas antar Profesi b. Kesamaan Tugas antar Staf yang Setingkat.	7	2,5 %
3.	Kepemimpinan dan Tanggung Jawab	a. Kepemimpinan Efektif b. Job Desc Jelas		
4.	Respon terhadap Insiden	Dukungan Peers setelah Insiden		

Berdasarkan hasil penelitian, dalam faktor Kontribusi Kerjasama Tim terdapat 3 (tiga) faktor yang banyak mempengaruhi kejadian tidak diharapkan. Pertama adalah faktor supervisi yang kurang memadai. Fungsi supervisi adalah melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan tugas pada tingkat operasional, sehingga bila ada penyimpangan standar operasional prosedur ataupun prosedur kerja akan segera diketahui dan dilakukan tindak lanjut. Bila fungsi supervisi ini tidak memadai maka fungsi monitoring dan evaluasi pelaksanaan tugas kurang efektif sehingga suatu

pelaksanaan tugas yang menyimpang dari standar dapat terulang kembali di kemudian hari.

Supervisi sangat penting untuk proses pembelajaran dan pembinaan staf medis dan non medis, sehingga hal ini menyebabkan faktor supervisi menjadi faktor kontribusi tertinggi yang secara langsung menyebabkan kejadian tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat yaitu 7,7 %. Tanpa supervisi yang baik kesalahan tidak dapat diketahui secara cepat dan seringkali tidak disadari oleh staf medis sehingga menjadi hal yang biasa dilakukan tanpa ada konsekuensi apapun.

Faktor kedua adalah mekanisme konsul dari dokter jaga Unit Gawat Darurat kepada dokter spesialis konsulen yaitu sebanyak 4,38 %. Dari wawancara kepada pihak manajemen mekanisme konsul yang diberlakukan di Unit Gawat Darurat tergantung pada kasus pasien, bila pasien gawat darurat maka konsul dilakukan di Unit Gawat Darurat, tetapi bila kasus selain itu boleh dilakukan di ruangan oleh dokter ruangan. Demikian juga wawancara dengan dokter jaga UGD, semua sependapat dengan mekanisme ini. Tetapi dari observasi yang dilakukan serta wawancara kepada perawat pelaksana konsul kepada dokter spesialis dilakukan di ruang rawat inap karena ada dokter jaga ruangan. Pasien gawat darurat sebagian besar dirujuk ke rumah sakit lain (dari 142 pasien gawat darurat 73 orang dirujuk atau 52%). Dalam Pedoman Pelayanan Gawat Darurat Rumah Sakit dari Departemen Kesehatan disebutkan bahwa bila unit gawat darurat memiliki pelayanan yang terbatas maka rumah sakit harus mempunyai sistem rujukan yang jelas.

Dalam buku Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu yang dibuat oleh Dirjen Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan disebutkan bahwa prinsip-prinsip melaksanakan rujukan adalah :

1. Penderita hanya dapat dirujuk dalam kondisi yang stabil. Dalam arti tidak akan terjadi perburukan kondisi di perjalanan yang berpotensi menyebabkan kematian.
2. Perawatan penderita harus tetap optimal selama proses merujuk.

Berdasarkan observasi di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada, kedua prinsip ini tidak terpenuhi. Dari hasil wawancara mendalam didapat alasan sebagai berikut (Informan 3, 5) :

".....pengalaman kami, bila merujuk dengan ambulance seringkali rumah sakit rujukan menolak, sehingga ambulance kita harus berputar-putar mencari rumah sakit yang bersedia menerima pasien. Hal ini malah membahayakan pasien. Bila pasien masuk sebagai pasien baru (bukan rujukan) lebih cepat diterima oleh rumah sakit rujukan."

Faktor ketiga adalah konsistensi atau kesamaan tugas antar staf medis sebanyak 2,5 % ikut mempengaruhi kejadian tidak diharapkan. Penyebab utamanya adalah tidak tersedianya standar operasional prosedur medis yang lengkap di unit gawat darurat sehingga masing-masing staf melakukan asuhan pelayanan klinis berdasarkan pengetahuan dan pengalamannya masing-masing. Namun karena program pelatihan dan diklat juga sangat terbatas, maka hal ini sangat mempengaruhi keterampilan dokter jaga di unit gawat darurat dan akhirnya berpengaruh pada kualitas asuhan klinis yang diberikan. Pelatihan yang dilakukan di UGD dari tahun 2007 adalah pelatihan Penanganan Gawat Darurat (PPGD) yang diselenggarakan oleh Instansi luar, antara lain :

1. Tahun 2007 : diikuti 1 orang perawat dengan biaya sendiri
2. Tahun 2008 : diikuti oleh 2 orang perawat (1 orang dibiayai oleh Rumah Sakit, 1 orang biaya sendiri)
3. Tahun 2009 : Perawat 1 orang atas biaya Rumah Sakit
Dokter 1 orang atas biaya Rumah Sakit

Pelatihan lainnya terutama In House training yang dilakukan oleh pihak rumah sakit sendiri untuk petugas Unit Gawat darurat hanya dilakukan 2 (dua) kali dalam satu tahun terakhir.

6.9.3. Faktor Petugas

Faktor individu petugas, terutama staf medis atau dokter sangat mempengaruhi kualitas pelayanan asuhan klinis di Unit Gawat Darurat. Faktor

petugas ini terdiri dari kompetensi dan kondisi fisik maupun mental petugas. Kompetensi didefinisikan oleh Charles Handler sebagai kemampuan seseorang untuk melakukan suatu pekerjaan berdasarkan pengetahuan, keterampilan, kemampuan dan hal lainnya. *"A persons capabilities to perform a job into what are known as KSAOS (Knowlegde, Skills, Abilities and other things)"*

Pelaksanaan tugas dokter atau tenaga medis haru sejalan dengan yang disampaikan oleh Leenen dan menjadi dasar penyusunan Kode Etik Kedokteran Indonesia bahwa seorang dokter harus bekerja menurut norma medis dan standar professional yaitu :

Bertindak dengan teliti dan hati-hati menurut ukuran standar medis dari seorang dokter dengan kepandaian rata-rata dari golongan yang sama dengan menggunakan cara yang selaras dalam perbandingan dengan tujuan pengobatan tersebut.

Untuk dapat melakukan tugas secara profesional tersebut maka dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia diatur kewajiban dokter yaitu :

- a) Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional dan kebutuhan pasien
- b) Merujuk pasien ke dokter lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan dan pengobatan
- c) Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia
- d) Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas & mampu melakukannya
- e) Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran

Ketidaktahuan dan ketidakmampuan dokter dalam melakukan asuhan klinis yang benar akan menyebabkan asuhan klinis yang diberikan di bawah standar yang berlaku.

di Unit Gawat Darurat yang merupakan bagian dari pemberian pelayanan medis secara keseluruhan dan dokumen keselamatan pasien yang diberlakukan di rumah sakit.

Berdasarkan Daftar Faktor Kontribusi yang digunakan sebagai instrument penelitian, terdapat 2 (dua) factor kontribusi yang secara tidak langsung mempengaruhi terjadinya kejadian tidak diharapkan, yaitu factor eksternal atau luar rumah sakit dan factor organisasi manajemen. Hasil analisis yang didapat dari penelitian sebagai berikut :

6.10.1. Faktor Organisasi dan Manajemen

Faktor organisasi dan manajemen yang mempengaruhi kejadian tidak diharapkan di unit gawat darurat seperti pada tabel berikut ini :

Tabel 6.13. Faktor Organisasi dan Manajemen

No	Faktor Kontribusi	Komponen	Subkomponen	Jml	Persen
1	Organisasi dan Manajemen	a. Organisasi dan manajemen	a. Pengawasan	21	7,66 %
			b. Jenjang pengambilan keputusan	12	4,38 %
		b. Kebijakan, standar dan Tujuan	Manajemen resiko dan Quality Improvement	19	6,93 %
			c. Diklat	Manajemen training, pelatihan dan refreshing	20
				Sub Total	72

Dari tabel tersebut didapatkan korelasi antara faktor kerjasama tim yang terkait dengan pengaturan atau desain kerja di Unit Gawat Darurat yang disusun oleh manajemen untuk menjamin kualitas pemberian asuhan klinis yang bermutu kepada pasien. Hal terbanyak adalah tidak memadainya prosedur pengawasan oleh atasan di Unit Gawat Darurat. Yaitu sebanyak 21 kali (7,66 %). Dengan tidak memadainya proses supervisi maka kemungkinan melakukan kesalahan berulang sangat besar.

Secara organisasi, Unit Gawat Darurat berada di bawah Wakil Kepala Rumah Sakit Bidang Medik. Dikepalai oleh Kepala UGD seorang dokter umum dengan

kualifikasi pelatihan PPGD (Penanggulangan Pasien Gawat Darurat) , dokter tetap dan bertanggung jawab pada pelayanan medis yang dilakukan di Unit Gawat Darurat. Juga dibantu oleh Kepala Ruangan Unit Gawat Darurat, seorang perawat D3 Akademi Perawatan yang juga sudah mengikuti pelatihan PPGD. Bertanggung jawab pada asuhan keperawatan pasien gawat darurat. Sebagai satu unit khusus di rumah sakit seringkali supervisi tidak dilakukan secara kontinyu oleh Wakil Kepala RS Bidang Medik maupun Kepala Bagian Keperawatan seperti hasil wawancara mendalam yang mengatakan :

“supervisi kurang maksimal terutama dari manajemen, sehingga biasanya supervisi dilakukan oleh kepala UGD saja atau oleh pelaksana yang sudah senior”.(Informan 1,2)

Dari wawancara dengan pelaksana perawat didapatkan informasi bahwa supervisi yang dilakukan oleh kepala UGD dan Kepala Ruangan UGD pun masih tidak maksimal. Tidak ada sistem reward dan punishment terhadap kesalahan dan prestasi yang dilakukan petugas di Unit Gawat Darurat.

Hal kedua yang juga besar mempengaruhi kejadian tidak diharapkan dalam faktor organisasi dan manajemen adalah manajemen Diklat atau pelatihan untuk petugas di Unit Gawat Darurat sebanyak 20 (7,3 %). Dari wawancara dengan bagian Personalia di dapatkan data bahwa pada tahun 2009 pelatihan untuk perawat Unit Gawat Darurat sebanyak 4 kali, yaitu PPGD dengan biaya pegawai sendiri, pelatihan pemberian cairan oleh pihak sponsor, pelatihan bedah dasar dan kegawatdaruratan jantung. Untuk dokter dilakukan 2 kali, yaitu pelatihan PPGD dokter diikuti oleh 1 (satu) dokter dan dibiayai oleh Rumah Sakit serta pelatihan kegawatdaruratan jantung dilakukan di rumah sakit oleh dokter spesialis Jantung. Namun tingkat kehadiran dokter kurang yaitu 60%.

Pelatihan ini tidak ditindaklanjuti dengan penyusunan standar penanganan kegawatdaruratan yang lebih teknis sebagai pedoman kerja di unit gawat darurat, sehingga tidak ada evaluasi pelaksanaan atau dampak dai pelatihan.

Hal lain yang berkontribusi adalah manajemen Quality Improvement dan Manajemen Resiko yang belum diterapkan di Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada yaitu sebanyak 6,93 %. Kebijakan, baru pada sebatas menyusun Tim tetapi belum membuat program dan langkah langkah konkrit yang terukur. Manajemen resiko dan mutu yang dilakukan selama ini baru dilakukan bila ada kejadian atau komplain saja atau manajemen reaktif, belum bersifat proaktif, seperti tergambar dalam wawancara mendalam berikut ini (informan 1, 2, 3) :

“ Bila ada komplain, manajemen meminta Kepala UGD membuat berita acara, kemudian memanggil dokter yang jaga untuk diklarifikasi. Dilakukan pertemuan dlam rapat dengan komite medik untuk menyusun kronologis, rekomendasi, usulan solusi dan siapa yang akan menemui pasien nantinya”

Rumah sakit belum menerapkan pedoman pelaporan insiden yang ditetapkan baik oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia maupun Departemen Kesehatan untuk mengantisipasi kejadian tidak diharapkan di unit kerja.

Tim Keselamatan pasien Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada sudah dibentuk berdasarkan masukan dari Pembimbing Akreditasi Rumah Sakit tahun 2008. Tim tersebut tertuang dalam SK no. 15/SK/DE/RSBBH/VII/2008. Namun langkah-langkah yang ditetapkan belum terlaksana secara keseluruhan. Untuk melaksanakan langkah proaktif komitmen manajemen masih kurang karena dalam time dituliskan bahwa pertemuan rapat koordinasi hanya dilakukan bila ada kasus saja. Sehingga tidak terjadi tindakan antisipatif dari manajemen dan unit. Evaluasi kasus yang terjadi juga tidak dilakukan, karena timn ini tidak memiliki laporan insiden apapun yang terdokumentasi dengan baik.

Faktor terakhir adalah faktor pengambilan keputusan yang sangat panjang dan lama di RS Bhineka Bakti Husada sebanyak 12 (4,38 %). Untuk melengkapi peralatan dan kebutuhan Unit Gawat Darurat dilakukan penyusunan Rencana Anggaran dan Belanja Rumah Sakit setiap tahun. Tetapi pengesahan RAPB tersebut seringkali tertunda karena keterbatasan komisariss dalam melakukan pembahasan

realisasi anggaran. Komisariss terdiri dari para pemilik rumah sakit dan harus dimintai persetujuan seluruh anggotanya bila akan melakukan pengadaan kebutuhan yang tergolong dalam investasi. Sehingga realisasi investasi tidak selalu ditindaklanjuti dengan cepat dan baik

6.10.2. Faktor Eksternal/Luar Rumah Sakit

Disebut juga konteks institusional adalah faktor-faktor yang terdapat di luar rumah sakit tetapi mempengaruhi secara tidak langsung pelayanan asuhan klinis di Rumah Sakit umumnya dan Unit Gawat Darurat khususnya.

Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan 1 sampai dengan 4 yang berasal dari pihak manajemen, seluruhnya sependapat bahwa manajemen keselamatan pasien atau *patient safety* ini harus diikuti oleh rumah sakit karena sangat ditekankan oleh seluruh institusi yang terkait dengan perizinan penyelenggaraan operasional rumah sakit seperti Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan, Akreditasi Rumah Sakit dan Undang-undang rumah sakit yang baru mendapatkan pengesahan.

Undang-undang nomor 9 tahun 2004 tentang praktek kedokteran merupakan regulasi yang sangat mempengaruhi praktek pemberian asuhan klinis di rumah sakit, hal ini tercermin dalam hasil wawancara mendalam berikut :

“ ...setiap tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya berkewajiban memenuhi standar profesi tenaga kesehatan dan menghormati hak pasien”(informan 1)

“sekarang mutu pelayanan dipertimbangkan sebagai salah satu syarat perizinan rumah sakit yang terkait dengan praktek kedokteran dan penghormatan hak pasien”(Informan 1)

Dari hasil di atas selain mutu pelayanan, penghormatan hak pasien terutama dengan adanya Undang-undang perlindungan konsumen menjadi perhatian utama bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Dalam Akreditasi rumah sakit setidaknya terdapat 9 (sembilan) Standar dan Parameter yang terkait dengan Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang ada dalam pelayanan Administrasi dan Manajemen serta pelayanan Medis. Sehingga syarat akreditasi sudah mengikut sertakan keselamatan pasien dari tahap awal yaitu 5 (lima) pelayanan dasar.

Undang-undang rumah sakit terbaru menjadikan akreditasi sebagai persyaratan yang harus dipenuhi untuk menyelenggarakan rumah sakit. Disamping itu keselamatan pasien juga termasuk dalam sedikitnya 5 (lima) pasal, yaitu :

1. Asas : Pasal 2 : RS diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.
2. Tujuan : Pasal 3 ayat b : memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan RS dan SDM di RS
3. SDM : Pasal 13 ayat 3 : Setiap tenaga kesehatanharus bekerja sesuai standar profesi.... dan mengutamakan keselamatan pasien.
4. Kewajiban RS : Pasal 29 ayat b : memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dgn mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan RS
5. Keselamatan Pasien : Pasal 43 :
 - a. RS wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien
 - b. Standar Keselamatan Pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka KTD.
 - c. RS melaporkan kegiatan ayat 2 kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Menteri.
 - d. Pelaporan insiden keselamatan pasien pada ayat 2 dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengkoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

- e. Ketentuan lebih lanjut mengenai keselamatan pasien ayat 1 dan ayat 2 diatur dengan Peraturan Menteri

Faktor kontribusi eksternal/Institusional yang mempengaruhi keselamatan pasien rumah sakit berdasarkan hasil penelitian sesuai dengan tabel berikut ini :

Tabel 6.14. Faktor Kontribusi Eksternal/Institusional RS

No	Faktor Kontribusi	Komponen	Subkomponen	Jml	Persen
7	Eksternal/ Iuar RS	a. Peraturan nasional		16	5,84 %
		b. Kerjasama dgn Organisasi lain		16	5,84 %

Dari hasil tersebut, faktor eksternal berkontribusi sebanyak 16 (5,84 %). Dan seluruh faktor tersebut berasal dari masalah alur rujukan seperti pada tabel 6.1. Masalah Asuhan Klinis (*Care Delivery Problems*). Rujukan dilakukan tidak sesuai Standarisasi yang ditetapkan dalam Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu yaitu :

1. Penderita hanya dapat dirujuk dalam kondisi yang stabil. Dalam arti tidak akan terjadi perburukan kondisi di perjalanan yang berpotensi menyebabkan kematian.
2. Perawatan penderita harus tetap optimal selama proses merujuk. Jangan merujuk penderita dalam kondisi terancam jalan nafas, gangguan ventilasi atau gangguan sirkulasi yang belum dilakukan pertolongan.

Latar belakang dari tindakan yang dilakukan ini didapat dari wawancara dengan dokter dan perawat jaga Unit Gawat Darurat :

"...lebih cepat proses mengantar sendiri pasien dengan kendaraan sendiri daripada dengan ambulance. Kalau dengan Ambulance selalu ditolak bila merujuk tanpa proses administrasi dulu via telepon, apalagi bila perlu ruang ICU, keluarga harus ke rumah sakit rujukan dulu mengurus administrasi baru pasien bisa diantar....."(informan 3,5)

Hal ini tentu saja sangat merugikan pasien, karena proses administrasi bisa memakan waktu lebih dari 2 jam seperti salah satu kasus dalam observasi partisipatif mencari faktor kontribusi. Dengan kondisi unit gawat darurat di RS Bhineka Bakti Husada dimana alat-alat observasi dan perawatan intensif tidak tersedia sangat berpotensi menimbulkan perburukan keadaan pasien.

Oleh karena itu masalah selanjutnya dari faktor eksternal ini adalah tidak ada kerjasama dengan rumah sakit rujukan untuk penyelenggaraan alur transfer pasien yang lebih cepat dan aman bagi pasien, yaitu 16 (5,84 %) juga. Dalam pedoman penyelenggaraan Gawat Darurat Rumah Sakit disebutkan bahwa tidak semua rumah sakit harus mempunyai bagian gawat darurat yang lengkap dengan tenaga memadai dan peralatan canggih, karena dengan demikian akan terjadi penghamburan dana dan sarana. Oleh karena itu pengembangan unit gawat darurat harus memperhatikan 2 (dua) aspek yaitu:

- a. Sistem rujukan penderita gawat darurat.
- b. Beban kerja rumah sakit dalam menanggulangi penderita gawat darurat.

Unit gawat darurat atau rumah sakit dengan pelayanan terbatas harus mempunyai sistem rujukan yang jelas.

6.11. Tahap akhir untuk mendapatkan kesepakatan hasil melalui GDMG (*Concensus Decision Making Group*)

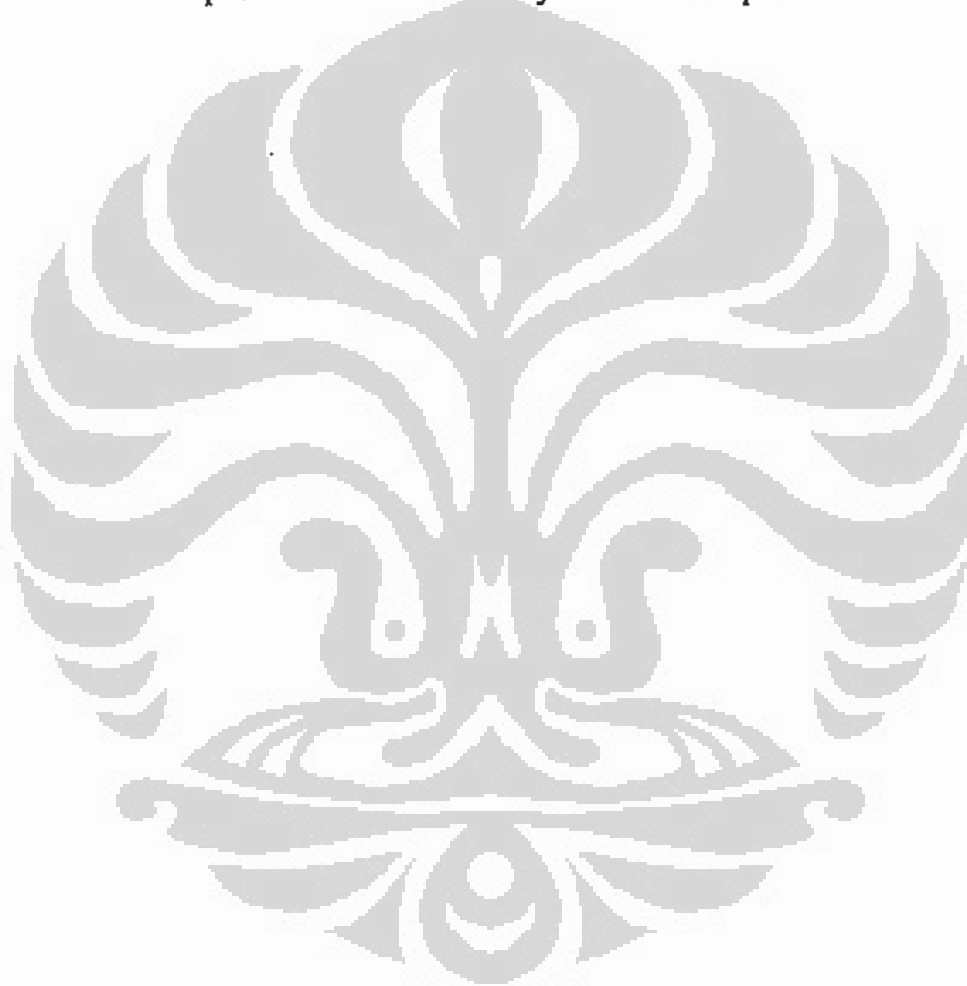
Setelah penelitian selesai dilakukan dan didapat kesimpulan dari hasil temuan maka peneliti mengundang kembali pihak manajemen untuk memutuskan kesepakatan yang diambil berdasarkan hasil temuan.

Tahap pertama disampaikan hasil rekap penelitian, bahwa memang terjadi insiden di Unit Gawat Darurat RS Bhineka Bakti Husada dengan telaah faktor kontribusi yang melatarbelakangi kejadiannya atau proses mencari akar penyebab (*Root Cause Analysis*).

Disadari benar oleh manajemen bahwa selama ini kejadian insiden ini sudah dianggap biasa terjadi dan tidak dianggap sebagai hal yang mengancam kelangsungan pelayanan medis karena keterbatasan yang dimiliki rumah sakit. Namun demikian

dalam era kompetitif saat ini hasil temuan yang didapat sangat bermanfaat dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan, pelayanan terbaik pada pasien dan memberikan rasa aman kepada petugas media yang praktek di rumah sakit.

Oleh karena itu manajemen berkomitmen untuk meningkatkan kualitas dan pengelolaan manajemen resiko tidak hanya di Unit Gawat darurat tetapi juga seluruh unit kerja di rumah sakit dengan memulai pelatihan dan pemahaman mengenai keselamatan pasien dan merubah budaya keselamatan pasien.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. KESIMPULAN

Berikut ini faktor kontribusi yang mempengaruhi terjadinya kejadian tidak diharapkan di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Bhineka Bakti Husada mulai dari faktor yang terbesar :

7.1.1. Faktor Kontribusi Langsung

1. Faktor Tugas dan Prosedur Kerja, terdiri dari faktor ketersediaan standar operasional prosedur, kegiatan peninjauan dan revisi standar operasional prosedur, prosedur investigasi dan desain tugas.

Standar Operasional Prosedur yang terutama belum dilengkapi adalah SOP Medis, yang menjadi pedoman bagi tenaga medis di Unit Gawat Darurat dalam memberikan pelayanan asuhan klinis terhadap pasien. Dengan adanya SOP yang lengkap tersosialisasi dengan baik maka diharapkan kesamaan pelaksanaan tugas antar staf dapat tercapai dan mudah dievaluasi.

2. Faktor Kerjasama Tim, yang terdiri dari supervisi, mekanisme konsul dan konsistensi pelaksanaan asuhan klinis yang diberikan oleh staf medis.

Supervisi oleh atasan langsung tidak berjalan memadai, sehingga tidak ada evaluasi kualitas pelaksanaan tugas oleh tenaga kesehatan di Unit Gawat Darurat. Akibatnya kesalahan yang dilakukan seringkali tidak disadari dan dianggap biasa. Sehingga kemungkinan terulang sangat besar.

Konsistensi pelaksanaan tugas juga tidak tercapai karena keterbatasan pelatihan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit.

Mekanisme konsul belum dilakukan sepenuhnya oleh staf medis karena menyerahkan konsul kepada dokter jaga ruangan bahkan perawat jaga di ruang rawat inap.

3. Faktor Petugas atau individu yang meliputi masih kurangnya keterampilan dan pengetahuan staf medis dalam melakukan asuhan klinis terhadap pasien gawat darurat. Hal ini dapat terjadi karena sejak perekrutan tenaga medis tidak dilakukan mekanisme kredensial yang baik oleh Komite Medik sehingga keterampilan dan pengetahuandokter sangat bervariasi. Disamping itu selama melakukan tugas di Rumah Sakit tidak dilakukan rekredensial atau penilaian ulang kompetensi sehingga upaya untuk menambah keterampilan sangat terbatas. Akibatnya pemberian asuhan klinis pada pasien tidak konsisten.

4. Faktor Lingkungan Kerja, meliputi desain dan bangunan dan kelengkapan peralatan / sarana / prasarana.

Secara fisik bangunan Unit Gawat Darurat cukup luas, tetapi peralatan dan sarana terutama untuk perawatan intensif belum terpenuhi. Sehingga Unit Gawat darurat tidak dapat melakukan perawatan pasien dengan kondisi terancam nyawa dengan maksimal.

Unit Gawat Darurat juga tidak ditunjang oleh fasilitas pemeriksaan penunjang yaitu Radiologi yang buka 24 jam, sehingga banyak kasus yang harus dirujuk hanya karena tidak tersedia pemeriksaan yang dibutuhkan.

5. Faktor Komunikasi. Komunikasi sangat penting baik antara sesama profesi dokter atau perawat, dengan dokter spesialis konsulen dan dengan pasien. Komunikasi dibagi dua yaitu komunikasi verbal dan tertulis. Kedua komunikasi ini penting, karena dalam pemberian asuhan klinis dilakukan interaksi dengan lingkungan menggunakan bahasa verbal atau lisan sehingga kejelasan instruksi sangat dibutuhkan.

Komunikasi tertulis terlihat dalam kelengkapan berkas rekam medik yang kedisiplinan pengisiannya juga masih rendah, sehingga tidak dapat digunakan untuk komunikasi lanjutan di rumah sakit.

6. Faktor Pasien, adalah faktor kontribusi terkecil karena kondisi pasien yang terkait dengan perjalanan penyakit bukan termasuk adverse event. Namun demikian kondisi pasien dan rencana pengobatan yang akan

dilakukan tetap harus diinformasikan kepada pasien dan keluarga untuk meminimalkan ketidakpuasan pasien.

7.1.2. Faktor Kontribusi Tidak Langsung

1. Faktor Organisasi dan Manajemen

Terdiri dari faktor pengawasan atau supervisi, manajemen pelatihan/training, kebijakan manajemen resiko dan quality improvement serta jenjang pengambilan keputusan.

Manajemen rumah sakit sudah memiliki komitmen untuk melaksanakan keselamatan pasien rumah sakit terutama dengan disyahkannya undang-undang rumah sakit yang baru tahun 2009. Sudh dibentuk juga Komite Keselamatan pasien Rumah Sakit. Hanya saja perlu ditindaklanjuti dengan langkah-langkah dan desain pelaporan insiden sehingga dapat ditindak lanjuti

Pengorganisasian secara formal manajemen resiko dan peningkatan mutu belum dilakukan oleh manajemen sehingga tidk terkoordinasi dengan baik.

Pelatihan sumber daya yang terlatih dalam keselamatan pasien rumah sakit juga penting untuk menciptakan motor dan agen perubahan dalam menciptakan budaya keselamatan di rimah sakit.

- #### **2. Faktor Eksternal/ Institusional Rumah Sakit.** Yang dominan dalam faktor ini adalah mekanisme rujukan pasien dari rumah sakit ke ruah sakit rujukan sehingga dapat meminimalkan resiko kematian pada pasien pada saat transfer antar rumah sakit. Pihak Institusi pemerintah juga berperan besar dalam enciptakan mekanisme alur rujukan ini.

7.2. SARAN

7.2.1. Bagi Rumah Sakit

- 1. Mengembangkan sistem pelaporan yang berprinsip *no blame culture* untuk meningkatkan peran serta staf dalam pengendalian resiko serta membudayakan keselamatan pasien lebih terpadu. Dilakukan tahapan sebagai berikut :**

- a. Mengikutsertakan (salah satu dari tim KKPRS) pelatihan keselamatan pasien rumah sakit yang rutin diadakan oleh PERSI
 - b. In House training oleh tim yang telah mengikuti pelatihan untuk kepala-kepala ruangan dan unit tentang keselamatan pasien dan membuat kesepakatan mengenai kriteria insiden, alur pelaporan, siapa yang melaporkan, siapa penanggungjawab di unit atau ruangan dan penegasan bahwa pelaporan ini anonim sehingga tidak ada yang akan disalahkan dalam suatu laporan.
 - c. Menyusun Standar Operasional Prosedur sistem pelaporan berdasarkan hasil pelatihan dan in house training dan berpedoman pada ketentuan yang berlaku.
 - d. Sosialisasi menyeluruh sampai kepada pelaksana sistem yang sudah dibuat.
 - e. Pelaksanaan di lapangan sesuai prosedur yang telah disepakati.
 - f. Pengawasan oleh penanggungjawab unit dan ruangan, dibantu oleh tim.
 - g. Pertemuan 2 (dua) mingguan untuk evaluasi dan koordinasi laporan
 - h. Tindak lanjut dan paninjauan kembali sistem alur pelaporan setiap kali pertemuan.
 - i. Memberikan masukan kepada manajemen untuk perbaikan pelayanan di seluruh unit yang mengutamakan keselamatan pasien dengan tujuan *Quality Improvement* dan menghindarkan rumah sakit dan petugas dari tuntutan hukum.
2. Peninjauan kembali tata hubungan PT – Manajemen Rumah Sakit – Komite Medik yang terdapat dalam Hospital By Law, sehingga jelas wewenang dan alur keputusan masing-masing badan dan tidak menghambat alur pengadaan dan investasi.
 3. Peningkatan kompetensi dan keterampilan petugas melalui program diklat yang lebih terencana (sesuai target dan program kebutuhan rumah sakit)
 4. Melanjutkan program Akreditasi rumah sakit, sehingga pelayanan yang diberikan lebih dapat dipertanggungjawabkan.

7.2. Bagi Komite Medik Rumah Sakit

Memberdayakan Komite Medik antara lain dalam proses :

1. Seleksi awal dan penilaian kredensial (*Clinical Privilege*) tenaga medis sesuai Undang-undang Rumah Sakit yang baru.
2. Penyusunan Standar Operasional Prosedur Medik yang sesuai dengan masing-masing SMF dan sesuai dengan kasus yang sering dilayani atau *evidence base*.
3. Pertemuan rutin Komite medik dalam mengevaluasi mutu pelayanan medik melalui audit medik, siang klinik, ronde medik dan lain-lain.
4. Ikut serta dalam menyusun kemitraan/kerjasama dokter terutama dalam pengaturan kewenangan medik dan kewajiban dokter yang praktek di rumah sakit, serta aktif dalam proses teguran terhadap kesalahan yang terkait dengan pelanggaran etik profesi.
5. Pengawasan terhadap kelengkapan berkas rekam medik melalui sub komite rekam medik, sehingga rekam medik dapat menjadi alat bukti bila diperlukan (antara lain kelengkapan *informed consent*, pemberian penjelasan kepada pasien/keluarga terhadap penyakitnya dan lain-lain)

7.3. Bagi Unit Gawat Darurat

1. Meningkatkan peran serta staf medis dalam pelaporan insiden klinis dengan berpedoman pada SOP yang berlaku.
2. Meningkatkan kegiatan supervisi oleh atasan dan petugas senior dengan mengadakan morning report secara rutin.
3. Meningkatkan kualitas pelayanan Unit Gawat Darurat dengan jalan :
 - a. Pelatihan-pelatihan untuk meningkatkan keterampilan dan kompetensi petugas baik dilakukan di rumah sakit maupun di luar rumah sakit bekerja sama dengan SMF yang ada.
 - b. Melengkapi SOP yang ada sehingga bisa dijadikan pedoman dalam pemberian pelayanan di Unit Gawat Darurat.
 - c. Melakukan review ulang SOP yang sudah diberlakukan sehingga selalu up to date dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.

- d. Melengkapi peralatan medis yang disusun berdasarkan kebutuhan di Unit Gawat Darurat dan dapat memenuhi kebutuhan pasien.

7.3. Bagi Instansi Kesehatan Pemerintah

1. Membuat pengaturan alur rujukan pasien dengan membuat jejaring rumah sakit yang berada dalam satu wilayah sehingga alur rujukan tidak menyulitkan dan mengancam nyawa pasien
2. Melakukan pembinaan terhadap rumah sakit- rumah sakit lebih intensif untuk meningkatkan pelayanan dan standarisasi pelayanan rumah sakit.
3. Mensosialisasikan dengan lebih luas standar-standar yang berlaku untuk rumah sakit, termasuk standar medik.

7.4. Bagi Program Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia

Menambah materi manajemen resiko klinis rumah sakit terutama terkait keselamatan pasien rumah sakit dan bagaimana mendesain langkah-langkah keselamatan pasien yang diberlakukan di dalam akreditasi nasional maupun internasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama. T.Y (2000), *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, UI Press. Jakarta
- Ariawan, Iwan, (1998) *Besar dan Metode Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM, Universitas Indonesia, Depok
- Basrowi & Suwandi, (2008) *Penelitian Kualitatif*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta
- Cahyono, B. Suharjo, (2008) *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran.*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik (tahun 2006), *Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) cetakan ketiga*
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (tahun 2003), *Pedoman Pengembangan Pelayanan Gawat Darurat Di Rumah Sakit.*
- Dwiprahasto, Iwan & Kristin, Erna, *Masalah dan Pencegahan Medication Error*, 2008, Sitasi dari <http://www.dkk-bpp.com>
- Dwiprahasto, Iwan, (2008) *Safety Culture*, CE & BU FK UGM/RSUP Dr. Sardjito
- Firmanda, Dody (2008) Ketua Komite Medik RSUP Fatmawati, *Keselamatan Pasien (Patient Safety) di Rumah Sakit*, November 2008, Disampaikan pada Pelatihan Patient Safety, RSUD Depok
- Guwandi, J. (2005) *Medical Error dan Hukum Medis*, Penerbit Fakultas Kedokteran –Universitas Indonesia, Jakarta
- Herkutanto (2005) *Resiko Medis, Adverse Event, Error dan Kelalaian Medis*, Pelatihan Manajemen Resiko Klinis, PDFI, Jakarta
- Herkutanto (2009) *Pedoman Kredensial dan Kewenangan Klinis (Clinical Prevllege) di Rumah Sakit*, Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, Jakarta

Joint Commission International on Accreditation of Healthcare Organizations, *Meeting the International Patient Safety Goals*, Illinois, USA 2007

Joint Commission International on Accreditation of Healthcare Organizations, *Patient Safety Rounds, A How To Workbook*, Illinois, USA 2008

Jossey, Bass (2001) *Risk Management Handbook for Healthcare Organizations, Third Edition*, A Willey Company, AHA Press, San Fransisco

Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Maret 2007, Laporan Survei Akreditasi Rumah Sakit 16 Pelayanan

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008) *Buku Pedoman Keselamatan Pasien*, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik : Departemen Kesehatan RI, Jakarta,

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*, Perhimpunan Rumah sakit Seluruh Indonesia, Jakarta 2008

Lumenta, Nico A, April 2008, *Strategi Mempersiapkan dan Menjaga Mutu Akreditasi RS*, Bandung

Lumenta, Nico A, *Peranan Paien dalam Sistem Keselamatan*, 2003, Sinar Harapan

Nasution, Mustafa Edwin, *Proses Penelitian Kuantitatif*, 2006, Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia

Paraton, Hari, POGI Cabang Surabaya, *Penerapan Patient Safety di Rumah Sakit*, 2008, Departemen Obstetri Ginekologi FK UNAIR, Surabaya

Perhimpunan Rumah sakit Seluruh Indonesia, Kumpulan Makalah Seminar Patient Safety Peran Stake Holder dari Hulu ke Hilir, Jakarta, 28-31 Oktober 2009

Rachmawati, Evy, *Sistem Keselamatan Pasien Perlu Diterapkan di RS*, www.Kompas.com

Riduwan, *Metode dan Teknik Menyusun Tesis*, Oktober 2006, Penerbit Alfabeta, Bandung

Raharjo, Saptono, *Analisis Faktor Kontribusi Risiko Klinis Terjadinya Adverse Outcome di IGD RS X tahun 2006*

Sugiyono, *Kuantitatif dan Kualitatif dan R & D*, 5 September 2008, CV Alfabeta, Bandung

Sampurna, Budi, *Bioetik dan Hukum Kedokteran*, 2005, Sebuah Pengantar, Diklat Kuliah Program Pasca Sarjana, PS KARS UI, Jakarta

The Wikimedia Foundation, *Wikipedia, the Free Encyclopedia, Patient Safety*, Januari 2009, "http://en.wikipedia.org/wiki/Patient_safety"

Vincent. C, Taylor Adams, *System Analysis Of Clinical Incidents The London Protocol, Clinical Safety Research Unit*, 2004, Imperial Colege, London

WHO Draft And Guidelines For Adverse Event Reporting and Learning Systems, World Alliance For Patient Safety, 2005, WHO Document Production Services, Geneva

WHO Quality of Care : Patient Safety, Report by the Secretariat, Maret 2002, Geneva

Yahya, Adib, *Konsep dan Program Patient Safety*, November 2006, Konvensi Nasional Mutu Rumah Sakit ke VI, Bandung

Yahya, Adib, *Fraud (Kecurangan) dan Patient Safety*, 2007, Seminar PAMJAKI, Jakarta



PEDOMAN FOCUS GROUP DISCUSSION

Tanggal :

Tempat :

Peserta :

1. Pemaparan Proses Penelitian
2. Sosialisasi Instrumen yang akan digunakan dalam penelitian

No.	Variabel	Instrumen	Tanggapan
1	Kejadian tidak diharapkan	Kriteria Wolf, et al	
2	Penentuan Tipe Insiden	<ul style="list-style-type: none"> • Kriteria Tipe Insiden dari komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit • Pedoman wawancara • Telaah dokumen 	
3	Penentuan Faktor Kontribusi	<ul style="list-style-type: none"> • Daftar Faktor kontribusi dari Komite Keselamatan Pasien RS • Pedoman wawancara • Telaah dokumen 	

3. Hambatan yang mungkin ditemui saat penelitian

.....

.....

.....

4. Masukan dan komentar lainnya :

.....

.....

Terima kasih atas kesempatan yang diberikan

**LEMBAR PELAPORAN
KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN
UGD RS BHINEKA BAKTI HUSADA**

Tanggal kejadian :
Jam :
Nama Pasien :
No. Rekam Medis :

Memenuhi Kriteria Emergency Department Patient Adverse Outcome Criteria dari Wolf, et al, 2001 (diolah) * :

1. Kematian/Cedera :
 - a. Kematian : dibuktikan dengan pemeriksaan fisik dan penunjang
 - b. Cedera : kerusakan jaringan
 - c. Penderitaan : gejala yang tidak menyenangkan (malaise, mual, muntah, ketakutan, depresi)
 - d. Cacat : segala bentuk kerusakan fungsi atau struktur tubuh atau keterbatasan aktifitas.
2. Masuk kembali ke Unit Gawat Darurat di bawah 48 jam dengan kondisi yang sama
3. Kegawatdaruratan medis di Unit Gawat Darurat ditangani lebih dari 6 (enam) jam atau tidak tertangani.
4. Dirujuk ke fasilitas Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Lain
5. Ketidakakuratan hasil test (Laboratorium, Tensimeter, dll)
6. Pemberian asuhan klinis tidak sesuai dengan SOP (Prosedur kerja)
7. Komplain / keluhan pasien

* : Lingkari kriteria yang sesuai

TIPE INSIDEN DAN SUBTIPE INSIDEN

NO	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
1.	Administrasi Klinik	a. Proses	a. Serah terima ii. Perjanjian iii. Daftar tunggu / antrian iv. Rujukan / konsultasi v. Admisi vi. Keluar / pulang dari RS vii. Pindah perawatan (transfer of care) viii. Identifikasi pasien ix. Informed Consent x. Pembagian tugas xi. Respon terhadap kegawat daruratan
		b. Masalah	b. Tidak performance ketika dibutuhkan ii. Tidak lengkap / inadekuat iii. Tidak tersedia iv. Salah pasien v. Salah proses / pelayanan
2.	Proses / Prosedur Klinis	a. Proses	i. Skreening / Triase ii. Diagnosis / assesment iii. Prosedur / pengobatan / intervensi iv. <i>General care / management</i> v. Test / investigasi vi. Spesimen / hasil vii. Belum dipulangkan (<i>Detention / Restraint</i>)
		b. Masalah	i. Tidak performance ketika dibutuhkan ii. Tidak lengkap / inadekuat iii. Tidak tersedia iv. Salah pasien v. Salah proses / pengobatan/ prosedur vi. Salah bagian tubuh / sisi
3.	Dokumentasi	a. Dokumen terkait	i. Order / permintaan ii. Chart / Rekam Medik / Assesment / Konsultasi iii. Check List iv. Form / Sertifikat v. Instruksi / Informasi / Kebijakan / SOP / Guideline vi. Label / Stiker / Identifikasi Bands / Kartu vii. Surat / E mail / Rekam. komunikasi viii. Laporan / hasil / images

NO	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
		b. Masalah	i. Dokumen hilang / tidak tersedia ii. Terlambat mengakses dokumen iii. Salah dokumen / salah orang iv. Tidak jelas / membingungkan / Illegible / informasi dalam dokumen tidak lengkap
4.	Infeksi Nosokomial	a. Tipe Organisme	i. Bakteri ii. Virus iii. Jamur iv. Parasit v. Protozoa vi. Rickettsia vii. Prion (Partikel protein yg infeksius) viii. Organisme tidak teridentifikasi
		b. Tipe / Bagian Infeksi	i. Bloodstream ii. Bagian yang dioperasi iii. Abses iv. Pneumonia v. Kanul IV vi. Protesis infeksi viii. Drain / tube urin ix. Jaringan lunak
5.	Medikasi / cairan infus	a. Medikasi / cairan infus terkait	i. Daftar Medikasi ii. Daftar cairan infus
		b. Proses penggunaan medikasi / cairan infus	i. Peresepan ii. Persiapan / Dispensing iii. Penaketan iv. Pengantaran v. Pemberian vi. Suply / pesan vii. Penyimpanan viii. Monitoring
		c. Masalah	i. Salah Pasien ii. Salah obat iii. Salah dosis / kekuatan / frekuensi iv. Salah formulasi / presentasi v. Salah rute pemberian vi. Salah jumlah / kuantitas vii. Salah dispensing label / Instruksi viii. Kontraindikasi ix. Salah penyimpanan x. Omitted medicine or dose xi. Obat kadaluarsa xii. Reaksi efek samping obat

NO	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
6.	Transfusi darah / Produk darah	a. Transfusi darah / Produk darah terkait	<ul style="list-style-type: none"> i. Produk selular ii. Faktor pembekuan (clothing) iii. Albumin / plasma protein iv. Imunoglobulin
		b. Proses Transfusi darah / Produk darah terkait	<ul style="list-style-type: none"> i. Test pre tranfusi ii. Peresepan iii. Persiapan / dispensing iv. Pengantaran v. Pemberian vi. Penyimpanan vii. Monitoring viii. Presentasi / pemaketan ix. Suply / pesan
		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> i. Salah pasien ii. Salah darah / produk darah iii. Salah dosis / frekuensi v. Salah jumlah vi. Salah label dispensing / instruksi vii. Kontraindikasi viii. Salah penyimpanan ix. Obat atau dosis yang diabaikan x. Darah kadaluarsa xi. Efek samping
7.	Nutrisi	a. Nutrisi yang terkait	<ul style="list-style-type: none"> i. Diet Umum ii. Diet khusus
		b. Proses nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> i. Peresepan / permintaan ii. Persiapan / manufactur / proses memasak iii. Suply / order iv. Presentasi v. Dispensing / alokasi vi. Pengantaran vii. Pemberian viii. Penyimpanan
		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> i. Salah pasien ii. Salah diet iii. Salah jumlah iv. Salah frekuensi v. Salah konsistensi vi. Salah penyimpanan
8.	Oksigen / Gas	a. Oksigen / gas terkait	<ul style="list-style-type: none"> i. Daftar opksigen / gas terkait
		b. Proses penggunaan oksigen / gas	<ul style="list-style-type: none"> i. Label silinder / warna kode / index pin ii. Peresepan iii. Pemberian iv. Pengantaran v. Suply / order vi. Penyimpanan

NO	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> i. Salah pasien ii. Salah gas iii. Salah rate / flow / konsentrasi iv. Salah mode pengantaran v. Kontraindikasi vi. Salah penyimpanan vii. Gagal pemberian viii. Kontaminasi
9.	Alat Medis / Alat Kesehatan	a. Tipe alat medis / alat kesehatan	Daftar alat medis / alat kesehatan
		b. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> i. Pemaketan tidak baik ii. Ketidakterersediaan iii. <i>Inappropriate for task</i> iv. Tidak bersih / steril v. Kegagalan / malfungsi vi. Dislodgement / miskoneksi / removal vii. <i>User error</i>
10	Pasien	a. Perilaku pasien	<ul style="list-style-type: none"> i. Tidak kooperatif ii. Tidak pantas / sikap bermusuhan / kasar iii. Beresiko / sembrono / berbahaya iv. Masalah dengan penggunaan obat / abuse v. Mengganggu (<i>harrassment</i>) vi. Diskriminatif / berprasangka vii. Berkeliaran / melarikan diri viii. Sengaja mencederai diri / bunuh diri
		b. Aggression / assault	<ul style="list-style-type: none"> i. Agresi verbal ii. Kekerasan fisik iii. Kekerasan seksual iv. Kekerasan terhadap mayat v. Ancaman nyawa
11.	Jatuh	a. Tipe jatuh	<ul style="list-style-type: none"> i. Tersandung ii. Slip iii. Kolaps iv. Hilang keseimbangan
		b. Keterlibatan saat jatuh	<ul style="list-style-type: none"> i. Velbed ii. Tempat tidur iii. Kursi iv. Strecher v. Toilet vi. Peralatan terapi vii. Tangga viii. Dibawa / dibantu orang lain

No.	TIPE INSIDEN	SUBTIPE INSIDEN	
12.	Kecelakaan	a. Benturan tumpul	i. Kontak dengan benda / binatang ii. Kontak dengan orang iii. Hancur, remuk iv. Gesekan kasar
		b. Serangan tajam/ tusukan	i. Cakaran, sayatan ii. Tusukan iii. Gigitan / sengatan iv. Serangan tajam lainnya
		c. Kejadian mekanik lain	i. Benturan akibat ledakan bom ii. Kontak dengan mesin
		d. Peristiwa mekanik lain	
		e. Mekanisme panas	i. Panas yang berlebihan ii. Dingin yang berlebihan
		f. Ancaman pada pernafasan	i. Ancaman mekanik pernafasan ii. Tenggelam atau hampir tenggelam iii. Pembatasan oksigen-kekurangan tempat iv. <i>Confinement to Oxygen deficient place</i>
		g. Paparan bahan kimia atau substansi lain	i. Keracunan bahan kimia atau substansi lain ii. Bahan kimia korosif
		h. Mekanisme spesifik lain yg menyebabkan cedera	i. Paparan listrik / radiasi ii. Paparan suara / getaran iii. Paparan tekanan udara iv. Paparan karena gravitasi rendah
		i. Paparan krn dampak cuaca, bencana alam	
13.	Infrastruktur bangunan	a. Keterlibatan struktur / bangunan	i. Daftar struktur ii. Daftar bangunan iii. Daftar furniture
		b. Masalah	i. Inadekuat ii. Damaged / faulty / worn
14.	Resource manajemen organisasi /	a. Beban kerja manajemen yang berlebihan b. Ketersediaan / keadegkuatan tempat tidur / pelayanan c. Sumber Daya Manusia d. Ketersediaan / keadegkuatan staf e. Organisasi / tim f. Protokol / kebijakan / SOP / guideline g. Ketersediaan / adequacy	
15.	Laboratorium patologi /	a. Pengambilan / pick up b. Transport c. <i>Sorting</i> d. <i>Data entry</i> e. <i>Procesing</i> f. Verifikasi / validasi g. Hasil	

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008

FAKTOR KONTRIBUSI, KOMPONEN DAN SUBKOMPONEN

FAKTOR KONTRIBUSI	KOMPONEN	SUBKOMPONEN
Faktor Eksternal / Luar RS	a. Regulasi dan Ekonomi b. Peraturan dan Kebijakan Depkes c. Peraturan Nasional d. Hubungan dengan Organisasi lain	
Faktor Organisasi dan Manajemen	1. Organisasi dan Manajemen	a. Struktur Organisasi b. Pengawasan c. Jenjang Pengambilan Keputusan
	2. Kebijakan, Standar & Tujuan	a. Tujuan dan Misi b. Penyusunan Fungsi Manajemen c. Kontrak Service d. Sumber Keuangan e. Pelayanan Informasi f. Kebijakan Diklat g. Prosedur dan Kebijakan h. Fasilitas dan Perlengkapan i. Manajemen Resiko j. Quality Improvement
	3. Administrasi	Sistim Administrasi
	4. Budaya Keselamatan	a. Attitude kerja b. Dukungan manajemen oleh seluruh staf
	5. SDM	a. Ketersediaan b. Tingkat Pendidikan dan Keterampilan Staf yang berbeda c. Beban kerja yang optimal
	6. Diklat	Manajemen Training Pelatihan / Refreshing
Faktor Lingkungan Kerja	1. Desain dan Bangunan	a. Manajemen Pemeliharaan b. Penilaian Ergonomik c. Fungsionalitas
	2. Lingkungan	a. Housekeeping b. Pengawasan Lingkungan Fisik c. Perpindahan Pasien antar Ruangan
	3. Peralatan / Sarana / Prasarana	a. Malfungsi Alat b. Ketidakersediaan

		<ul style="list-style-type: none"> c. Manajemen Pemeliharaan d. Fungsionalitas e. Desain Bangunan dan Maintenance Peralatan
Faktor Kerjasama Tim	1. Supervisi dan Konsultasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Adanya kemauan Staf Junior berkomunikasi b. Cepat Tanggap
	2. Konsistensi	<ul style="list-style-type: none"> a. Kesamaan Tugas antar Profesi b. Kesamaan Tugas antar Staf yang Setingkat.
	3. Kepemimpinan dan Tanggung Jawab	<ul style="list-style-type: none"> a. Kepemimpinan Efektif b. Job Desc Jelas
	4. Respon terhadap Insiden	Dukungan Peers setelah Insiden
Faktor Petugas	1. Kompetensi	<ul style="list-style-type: none"> a. Verifikasi Kualifikasi b. Verifikasi Pengetahuan dan Keterampilan
	2. Stessor Fisik dan Mental	<ul style="list-style-type: none"> a. Motivasi b. Beban Mental c. Beban / Gangguan Fisik
Faktor Tugas / Prosedur Kerja	1. Ketersediaan SOP	<ul style="list-style-type: none"> a. Prosedur Peninjauan dan Revisi SOP b. Ketersediaan SOP c. Kualitas Informasi d. Prosedur Investigasi
	2. Ketersediaan dan Akurasi Hasil Test	<ul style="list-style-type: none"> a. Test Tidak Dilakukan b. Ketidaksesuaian antara hasil test dan interpretasi
	3. Faktor Penunjang dalam Validasi Alat Medis	<ul style="list-style-type: none"> a. Ketersediaan, penggunaan, reliabilitas b. Kalibrasi
	4. Desain Tugas	Penyelesaian Tugas tepat waktu sesuai SOP
Faktor Pasien	1. Kondisi	Penyakit yang kompleks, berat, multikomplikasi

	2. Personal	a. Kepribadian b. Bahasa c. Kondisi Sosial d. Keluarga
	3. Pengobatan	Mengetahui resiko yang berhubungan dengan pengobatan
	4. Riwayat	a. Riwayat Medis b. Riwayat Kepribadian c. Riwayat Emosi
	5. Hubungan Staf dan Pasien	Hubungan yang baik
Faktor Komunikasi	1. Komunikasi Verbal	a. Komunikasi antar staf (junior dan senior) b. Komunikasi antar profesi c. Komunikasi antar staf dan pasien d. Komunikasi antar Unit Departemen
	2. Komunikasi Tertulis	Ketidaklegkapan Informasi

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Informan 1 :

- Direktur RS Bhineka Bakti Husada
- Wakil Kepala RS Bidang Medik

Hari/tanggal :

Tempat :

1. Faktor Institusional

- a. Kebijakan Depkes/Pemerintah manakah yang dirasakan sangat mempengaruhi pelaksanaan patient safety di Rumah Sakit ?
- b. Apakah kebijakan tersebut mengharuskan rumah sakit untuk melaksanakan patient safety?
- c. Untuk mewujudkan Patient Safety, regulasi apa yang mendukung ? (contohnya regulasi SDM, alat kesehatan, bangunan, obat-obatan, dll)
- d. Apakah pelaksanaan patient safety mengharuskan Rumah Sakit berhubungan dengan organisasi lain di luar rumah sakit ?
- e. Bila Ya, dengan organisasi apa saja ?
- f. Dalam bentuk seperti apakah hubungan tersebut dilakukan ?

2. Faktor Organisasi dan Manajemen

- a. Bagaimana Komitmen manajemen dalam pengorganisasian manajemen resiko?
- b. Kebijakan apakah yang ditetapkan dalam mengelola manajemen resiko di RS Bhineka Bakti Husada ?
- c. Bagaimana SOP administrasi yang diterapkan dalam pengelolaan manajemen resiko?
- d. Seperti apakah budaya keselamatan yang diupayakan oleh manajemen dalam menunjang terlaksananya keselamatan pasien ?
- e. Apakah manajemen melaksanakan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien di UGD ?
- f. Apakah Rumah Sakit memiliki SDM yang terlatih dalam pengelolaan keselamatan pasien khusus ? Bila ada, berapa jumlahnya dan pelatihan apa yang diikuti ?

g. Adakah Diklat dan pembinaan yang dilakukan manajemen untuk menciptakan budaya keselamatan pasien?

3. Faktor Lingkungan Kerja

- a. Apakah desain dan bangunan Unit Gawat Darurat yang dibuat sesuai standard yang ditetapkan untuk meminimalkan resiko ?
- b. Standard apa yang dipakai oleh Rumah Sakit ?
- c. Apakah Lingkungan kerja dievaluasi sehingga menunjang bagi keselamatan pasien rumah sakit ?
- d. Bagaimana sistem pemeliharaan fungsi peralatan, sarana dan prasarana di UGD ?
- e. Adakah sistem pelaporan yang dilakukan bila terjadi kerusakan alat kesehatan ?
- f. Apakah obat-obatan emergency tersedia lengkap di UGD sesuai kebutuhan?

4. Faktor Kerjasama Tim

- a. Bagaimana sistem supervisi pelaksanaan kerja staf di UGD ?
- b. Bagaimana SOP konsul antar staf medis ?
- c. Apakah dilakukan sosialisasi SOP konsul dengan baik?
- d. Apakah Uraian tugas dibuat lengkap ?
- e. Adakah evaluasi bahwa uraian tugas dilaksanakan dengan baik ?
- f. Bila terjadi insiden apakah komite medik dan perawatan akan segera melakukan langkah-langkah yang mendukung?
- g. Langkah-langkah seperti apa yang dilakukan untuk menghadapi insiden yang terjadi ?
- h. Apakah dilakukan langkah antisipasi terhadap insiden, seperti audit medis, pembahasan kasus, siang klinik dll ?

5. Faktor Petugas

- a. Adakah kebijakan manajemen tentang Standar kompetensi dan kualifikasi petugas medis di UGD ?
- b. Adakah kebijakan manajemen tentang Standar kompetensi dan kualifikasi petugas paramedis di Unit Gawat Darurat ?

- c. Bagaimana proses kredensial (seleksi tenaga medis) yang akan bertugas di UGD?
 - d. Bagaimana proses seleksi tenaga paramedis yang akan bertugas di UGD?
 - e. Bagaimana pengaturan kewenangan tindakan antara dokter dengan perawat ?
 - f. Bagaimana cara penghitungan kebutuhan tenaga medis di UGD?
 - g. Bagaimana penghitungan tenaga paramedis di UGD ?
 - h. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan tenaga kerja sesuai beban kerja di UGD?
 - i. Bagaimana program diklat untuk meningkatkan kompetensi bagi tenaga kerja di UGD?
 - j. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan pelatihan di UGD dengan kebutuhan pasien yang datang ke Rumah Sakit ?
6. Faktor Tugas (prosedur kerja)
- a. Apakah tersedia SOP di Unit Gawat Darurat lengkap ?
 - b. Apakah dilakukan sosialisasi SOP ? Berapa kali periodisasinya?
 - c. Apakah dilakukan evaluasi pelaksanaan SOP yang melibatkan masing-masing SMF?
 - d. Apakah dilakukan kalibrasi hasil test penunjang di Unit Gawat Darurat untuk menjamin hasil yang akurat ?
 - e. Apakah tersedia pemeriksaan-pemeriksaan penunjang di Unit Gawat Darurat sesuai jadwal kerja UGD ?
7. Faktor Pasien
- a. Berapa banyak komplain yang disampaikan pasien terhadap pelayanan UGD?
 - b. Apakah triase untuk pasien yang gawat darurat dengan pasien lainnya benar-benar dilaksanakan ?
8. Faktor Komunikasi
- a. Adakah Kegiatan-kegiatan koordinasi yang dilakukan antar staf UGD ? Berapa kali periodisasinya?
 - b. Berapa kali koordinasi UGD dengan unit kerja lainnya ?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Informan 2 :

- Kepala Bagian Perawatan

Hari/tanggal :

Tempat :

1. Faktor Institusional

- a. Kebijakan Depkes/Pemerintah manakah yang dirasakan sangat mempengaruhi pelaksanaan patient safety di Rumah Sakit ?
- b. Apakah kebijakan tersebut mengharuskan rumah sakit untuk melaksanakan patient safety?
- c. Untuk mewujudkan Patient Safety, regulasi apa yang mendukung ? (contohnya regulasi SDM, alat kesehatan, bangunan, obat-obatan, dll)
- d. Apakah pelaksanaan patient safety mengharuskan Rumah Sakit berhubungan dengan organisasi lain di luar rumah sakit ?
- e. Bila Ya, dengan organisasi apa saja ?
- f. Dalam bentuk seperti apakah hubungan tersebut dilakukan ?

2. Faktor Organisasi dan Manajemen

- a. Bagaimana Komitmen manajemen dalam pengorganisasian manajemen resiko?
- b. Kebijakan apakah yang ditetapkan dalam mengelola manajemen resiko di RS Bhineka Bakti Husada ?
- c. Bagaimana SOP administrasi yang diterapkan dalam pengelolaan manajemen resiko?
- d. Seperti apakah budaya keselamatan yang diupayakan oleh manajemen dalam menunjang terlaksananya keselamatan pasien ?
- e. Apakah manajemen melaksanakan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien di UGD ?
- f. Apakah Rumah Sakit memiliki SDM yang terlatih dalam pengelolaan keselamatan pasien khusus ? Bila ada, berapa jumlahnya dan pelatihan apa yang diikuti ?
- g. Adakah Diklat dan pembinaan yang dilakukan manajemen untuk menciptakan budaya keselamatan pasien?

3. Faktor Lingkungan Kerja

- a. Apakah desain dan bangunan Unit Gawat Darurat yang dibuat sesuai standard yang ditetapkan untuk meminimalkan resiko ?
- b. Standard apa yang dipakai oleh Rumah Sakit ?
- c. Apakah Lingkungan kerja dievaluasi sehingga menunjang bagi keselamatan pasien rumah sakit ?
- d. Bagaimana sistem pemeliharaan fungsi peralatan, sarana dan prasarana di UGD ?
- e. Adakah sistem pelaporan yang dilakukan bila terjadi kerusakan alat kesehatan ?
- f. Apakah alat kesehatan disediakan sesuai kebutuhan di UGD ?
- g. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan alat di UGD ? Bila ya, kapan periodisasinya ?

4. Faktor Kerjasama Tim

- a. Bagaimana sistem supervisi pelaksanaan kerja staf medis/non medis di UGD ?
- b. Apakah ada evaluasi bahwa tugas antar profesi yang setingkat dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang ada?
- c. Apakah Uraian tugas dibuat lengkap ?
- d. Apakah uraian tugas jelas tersosialisasi ?
- e. Adakah evaluasi bahwa uraian tugas dilaksanakan dengan baik ?
- f. Bila terjadi insiden apakah komite medik dan perawatan akan segera melakukan langkah-langkah yang mendukung?
- g. Langkah-langkah seperti apa yang dilakukan untuk menghadapi insiden yang terjadi ?
- h. Apakah dilakukan langkah antisipasi terhadap insiden, seperti audit medis, pembahasan kasus, siang klinik dll ?

5. Faktor Petugas

- a. Adakah kebijakan manajemen tentang Standar kompetensi dan kualifikasi petugas paramedis di Unit Gawat Darurat ?
- b. Bagaimana proses seleksi tenaga paramedis yang akan bertugas di UGD?

- c. Bila pasien dilakukan tindakan oleh perawat apakah jelas pelimpahan wewenang dari dokter ?
 - d. Bagaimana pengaturan kewenangan tindakan antara dokter dengan perawat ?
 - e. Bagaimana penghitungan tenaga paramedis di UGD ?
 - f. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan tenaga kerja sesuai beban kerja di UGD?
 - g. Bagaimana program diklat untuk meningkatkan kompetensi bagi tenaga kerja di UGD?
 - h. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan pelatihan di UGD dengan kebutuhan pasien yang datang ke Rumah Sakit ?
6. Faktor Tugas (prosedur kerja)
- a. Apakah tersedia SOP di Unit Gawat Darurat lengkap ?
 - b. Apakah dilakukan sosialisasi SOP ? Berapa kali periodisasinya?
 - c. Apakah dilakukan evaluasi pelaksanaan SOP yang melibatkan masing-masing SMF?
 - d. Apakah dilakukan Kalibrasi hasil test penunjang di Unit Gawat Darurat untuk menjamin hasil yang akurat ?
 - e. Apakah tersedia pemeriksaan-pemeriksaan penunjang di Unit Gawat Darurat sesuai jadwal kerja UGD ?
7. Faktor Pasien
- a. Bagaimana kondisi rata-rata pasien yang datang ke UGD?
 - b. Apakah rata-rata kondisi pasien dapat ditangani di UGD ?
 - c. Berapa banyak komplain yang disampaikan pasien terhadap pelayanan UGD?
 - d. Apakah triase untuk pasien yang gawat darurat dengan pasien lainnya benar-benar dilaksanakan ?
8. Faktor Komunikasi
- a. Bagaimana prosedur operan antar petugas jaga di UGD ?
 - b. Bagaimana perawat menyampaikan kondisi pasien kepada dokter jaga?
 - c. Adakah laporan jaga tertulis petugas di Unit Gawat Darurat?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Informan 3 :

- Kepala Unit Gawat Darurat
- Kepala Ruangan Unit Gawat Darurat

Hari/tanggal :

Tempat :

1. Faktor Institusional

- a. Kebijakan Depkes/Pemerintah manakah yang dirasakan sangat mempengaruhi pelaksanaan patient safety di Rumah Sakit ?
- b. Apakah kebijakan tersebut mengharuskan rumah sakit untuk melaksanakan patient safety?
- c. Untuk mewujudkan Patient Safety, regulasi apa yang mendukung ? (contohnya regulasi SDM, alat kesehatan, bangunan, obat-obatan, dll)
- d. Apakah pelaksanaan patient safety mengharuskan Rumah Sakit berhubungan dengan organisasi lain di luar rumah sakit ?

2. Faktor Organisasi dan Manajemen

- a. Bagaimana komitmen manajemen dalam pengorganisasian manajemen resiko?
- b. Kebijakan apakah yang ditetapkan dalam mengelola manajemen resiko di RS Bhineka Bakti Husada ?
- c. Bagaimana SOP administrasi yang diterapkan dalam pengelolaan manajemen resiko?
- d. Seperti apakah budaya keselamatan yang diupayakan oleh manajemen dalam menunjang terlaksananya keselamatan pasien ?
- e. Apakah manajemen melaksanakan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien di UGD ?

3. Faktor Lingkungan Kerja

- a. Apakah desain dan bangunan Unit Gawat Darurat yang dibuat sesuai standard yang ditetapkan untuk meminimalkan resiko ?
- b. Standard apa yang dipakai oleh Rumah Sakit ?
- c. Apakah Lingkungan kerja dievaluasi sehingga menunjang bagi keselamatan pasien rumah sakit ?

- d. Bagaimana sistem pemeliharaan fungsi peralatan, sarana dan prasarana di UGD ?
 - e. Adakah sistem pelaporan yang dilakukan bila terjadi kerusakan alat kesehatan ?
 - f. Apakah alat kesehatan disediakan sesuai kebutuhan di UGD ?
 - g. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan alat di UGD ? Bila ya, kapan periodisasinya ?
 - h. Apakah obat-obatan emergency tersedia lengkap di UGD sesuai kebutuhan?
 - i. Bagaimana cara penyimpanan obat-obat UGD? Apakah mudah terjangkau? Mudah terlihat?
4. Faktor Kerjasama Tim
- a. Bagaimana sistem supervisi pelaksanaan kerja staf medis/non medis di UGD ?
 - b. Bagaimana SOP konsul antar staf medis ?
 - c. Apakah dilakukan sosialisasi SOP konsul dengan baik?
 - d. Apakah ada evaluasi bahwa tugas antar profesi yang setingkat dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang ada?
 - e. Apakah Uraian tugas dibuat lengkap ?
 - f. Apakah uraian tugas jelas tersosialisasi ?
 - g. Adakah evaluasi bahwa uraian tugas dilaksanakan dengan baik ?
 - h. Bila terjadi insiden apakah komite medik dan perawatan akan segera melakukan langkah-langkah yang mendukung?
 - i. Langkah-langkah seperti apa yang dilakukan untuk menghadapi insiden yang terjadi ?
 - j. Apakah dilakukan langkah antisipasi terhadap insiden, seperti audit medis, pembahasan kasus, siang klinik dll ?
5. Faktor Petugas
- a. Adakah kebijakan manajemen tentang Standar kompetensi dan kualifikasi petugas medis di UGD ?
 - b. Adakah kebijakan manajemen tentang Standar kompetensi dan kualifikasi petugas paramedis di Unit Gawat Darurat ?

- c. Bagaimana proses kredensial (seleksi tenaga medis) yang akan bertugas di UGD?
 - d. Bagaimana proses seleksi tenaga paramedis yang akan bertugas di UGD?
 - e. Apakah semua pasien UGD ditangani langsung oleh dokter jaga ?
 - f. Bila pasien dilakukan tindakan oleh perawat apakah jelas pelimpahan wewenang dari dokter ?
 - g. Bagaimana pengaturan kewenangan tindakan antara dokter dengan perawat ?
 - h. Bagaimana cara penghitungan kebutuhan tenaga medis di UGD?
 - i. Bagaimana penghitungan tenaga paramedis di UGD ?
 - j. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan tenaga kerja sesuai beban kerja di UGD?
 - k. Bagaimana program diklat untuk meningkatkan kompetensi bagi tenaga kerja di UGD?
 - l. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan pelatihan di UGD dengan kebutuhan pasien yang datang ke Rumah Sakit ?
9. Faktor Tugas (prosedur kerja)
- a. Apakah tersedia SOP di Unit Gawat Darurat lengkap ?
 - b. Apakah dilakukan sosialisasi SOP ? Berapa kali periodisasinya?
 - c. Apakah dilakukan evaluasi pelaksanaan SOP yang melibatkan masing-masing SMF?
 - d. Apakah dilakukan Kalibrasi hasil test penunjang di Unit Gawat Darurat untuk menjamin hasil yang akurat ?
 - e. Apakah tersedia pemeriksaan-pemeriksaan penunjang di Unit Gawat Darurat sesuai jadwal kerja UGD ?
10. Faktor Pasien
- a. Bagaimana kondisi rata-rata pasien yang datang ke UGD?
 - b. Apakah rata-rata kondisi pasien dapat ditangani di UGD ?
 - c. Berapa banyak komplain yang disampaikan pasien terhadap pelayanan UGD?
 - d. Apakah triase untuk pasien yang gawat darurat dengan pasien lainnya benar-benar dilaksanakan ?

e. Bagaimana pelaksanaan Triase di UGD ?

11. Faktor Komunikasi

a. Bagaimana prosedur operan antar petugas jaga di UGD ?

b. Bagaimana perawat menyampaikan kondisi pasien kepada dokter jaga?

c. Adakah laporan jaga tertulis petugas di Unit Gawat Darurat?

d. Apakah laporan jaga tertulis tersebut informatif sehingga dapat dievaluasi?

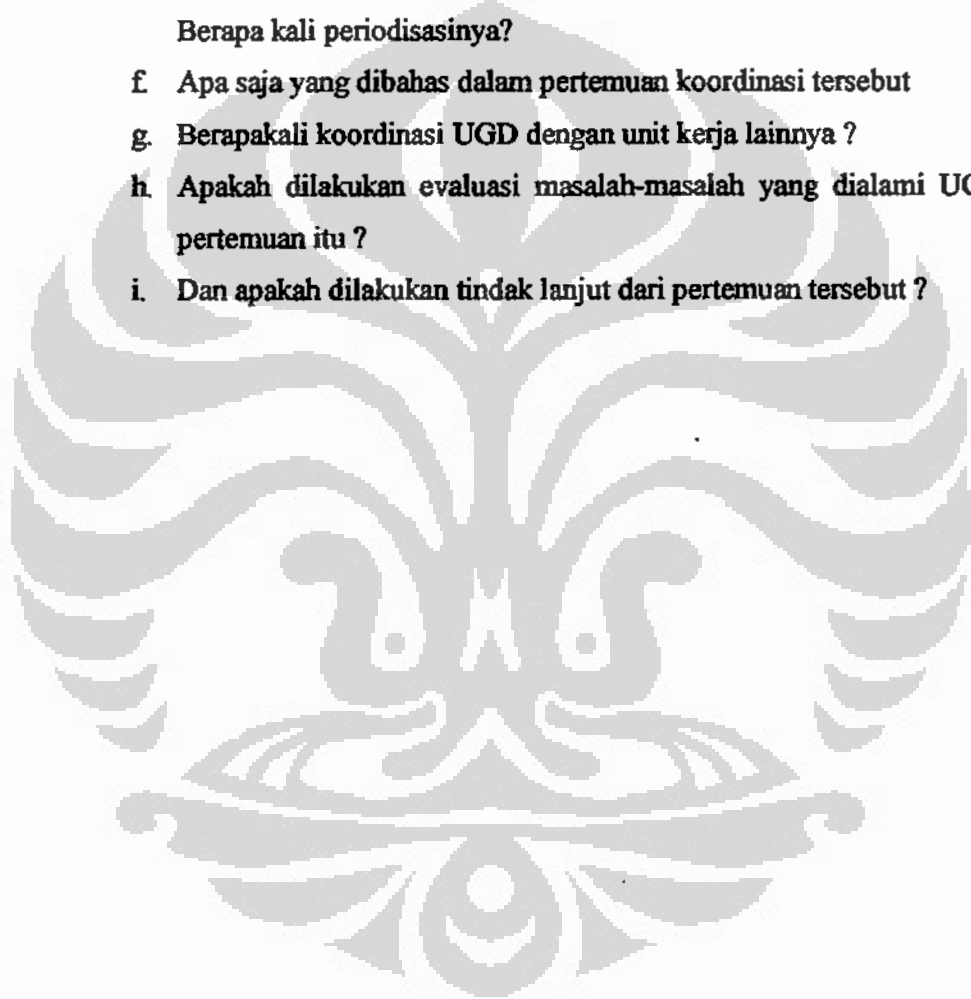
e. Adakah Kegiatan-kegiatan koordinasi yang dilakukan antar staf UGD ?
Berapa kali periodisasinya?

f. Apa saja yang dibahas dalam pertemuan koordinasi tersebut

g. Berapakah koordinasi UGD dengan unit kerja lainnya ?

h. Apakah dilakukan evaluasi masalah-masalah yang dialami UGD dalam pertemuan itu ?

i. Dan apakah dilakukan tindak lanjut dari pertemuan tersebut ?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Informan 4 :

- Tim Keselamatan Pasien rumah Sakit

Hari/tanggal :

Tempat :

1. Faktor Institusional

- a. Kebijakan Depkes/Pemerintah manakah yang dirasakan sangat mempengaruhi pelaksanaan patient safety di Rumah Sakit ?
- b. Apakah kebijakan tersebut mengharuskan rumah sakit untuk melaksanakan patient safety?
- c. Untuk mewujudkan Patient Safety, regulasi apa yang mendukung ? (contohnya regulasi SDM, alat kesehatan, bangunan, obat-obatan, dll)
- d. Apakah pelaksanaan patient safety mengharuskan Rumah Sakit berhubungan dengan organisasi lain di luar rumah sakit ?
- e. Bila Ya, dengan organisasi apa saja ?
- f. Dalam bentuk seperti apakah hubungan tersebut dilakukan ?

2. Faktor Organisasi dan Manajemen

- a. Bagaimana Komitmen manajemen dalam pengorganisasian manajemen resiko?
- b. Kebijakan apakah yang ditetapkan dalam mengelola manajemen resiko di RS Bhineka Bakti Husada ?
- c. Bagaimana SOP administrasi yang diterapkan dalam pengelolaan manajemen resiko?
- d. Seperti apakah budaya keselamatan yang diupayakan oleh manajemen dalam menunjang terlaksananya keselamatan pasien ?
- e. Apakah manajemen melaksanakan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien ?
- f. Apakah Rumah Sakit memiliki SDM yang terlatih dalam pengelolaan keselamatan pasien khusus ? Bila ada, berapa jumlahnya dan pelatihan apa yang diikuti ?
- g. Adakah Diklat dan pembinaan yang dilakukan manajemen untuk menciptakan budaya keselamatan pasien?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Informan 5 :

- Perawat pelaksana jaga Unit Gawat Darurat
- Dokter jaga Unit Gawat Darurat

Hari/tanggal :

Tempat :

1. Faktor Lingkungan Kerja

- Apakah Lingkungan kerja dievaluasi sehingga menunjang bagi keselamatan pasien rumah sakit ?
- Bagaimana sistem pemeliharaan fungsi peralatan, sarana dan prasarana di UGD ?
- Adakah sistem pelaporan yang dilakukan bila terjadi kerusakan alat kesehatan ?
- Apakah alat kesehatan disediakan sesuai kebutuhan di UGD ?
- Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan alat di UGD ? Bila ya, kapan periodisasinya ?
- Apakah obat-obatan emergency tersedia lengkap di UGD sesuai kebutuhan?
- Bagaimana cara penyimpanan obat-obat UGD? Apakah mudah terjangkau? Mudah terlihat?

2. Faktor Kerjasama Tim

- Bagaimana sistem supervisi pelaksanaan kerja staf medis/non medis di UGD ?
- Bagaimana SOP konsul antar staf medis ?
- Apakah dilakukan sosialisasi SOP konsul dengan baik?
- Apakah ada evaluasi bahwa tugas antar profesi yang setingkat dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang ada?
- Apakah Uraian tugas dibuat lengkap ?
- Apakah uraian tugas jelas tersosialisasi ?
- Adakah evaluasi bahwa uraian tugas dilaksanakan dengan baik ?
- Bila terjadi insiden apakah komite medik dan perawatan akan segera melakukan langkah-langkah yang mendukung?

- i. Langkah-langkah seperti apa yang dilakukan untuk menghadapi insiden yang terjadi ?
 - j. Apakah dilakukan langkah antisipasi terhadap insiden, seperti audit medis, pembahasan kasus, siang klinik dll ?
3. Faktor Petugas
- a. Adakah kebijakan manajemen tentang Standar kompetensi dan kualifikasi petugas medis di UGD ?
 - b. Adakah kebijakan manajemen tentang Standar kompetensi dan kualifikasi petugas paramedis di Unit Gawat Darurat ?
 - c. Bagaimana proses kredensial (seleksi tenaga medis) yang akan bertugas di UGD?
 - d. Bagaimana proses seleksi tenaga paramedis yang akan bertugas di UGD?
 - e. Apakah semua pasien UGD ditangani langsung oleh dokter jaga ?
 - f. Bila pasien dilakukan tindakan oleh perawat apakah jelas pelimpahan wewenang dari dokter ?
 - g. Bagaimana pengaturan kewenangan tindakan antara dokter dengan perawat ?
 - h. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan tenaga kerja sesuai beban kerja di UGD?
 - i. Bagaimana program diklat untuk meningkatkan kompetensi bagi tenaga kerja di UGD?
4. Faktor Tugas (prosedur kerja)
- a. Apakah tersedia SOP di Unit Gawat Darurat lengkap ?
 - b. Apakah dilakukan sosialisasi SOP ? Berapa kali periodisasinya?
 - c. Apakah dilakukan kalibrasi hasil test penunjang di Unit Gawat Darurat untuk menjamin hasil yang akurat ?
 - d. Apakah tersedia pemeriksaan-pemeriksaan penunjang di Unit Gawat Darurat sesuai jadwal kerja UGD ?
5. Faktor Pasien
- a. Bagaimana kondisi rata-rata pasien yang datang ke UGD?
 - b. Apakah rata-rata kondisi pasien dapat ditangani di UGD ?

- c. Berapa banyak komplain yang disampaikan pasien terhadap pelayanan UGD?
 - d. Apakah triase untuk pasien yang gawat darurat dengan pasien lainnya benar-benar dilaksanakan ?
 - e. Bagaimana pelaksanaan Triase di UGD ?
6. Faktor Komunikasi
- a. Bagaimana prosedur operan antar petugas jaga di UGD ?
 - b. Bagaimana perawat menyampaikan kondisi pasien kepada dokter jaga?
 - c. Adakah laporan jaga tertulis petugas di Unit Gawat Darurat?
 - d. Apakah laporan jaga tertulis tersebut informatif sehingga dapat dievaluasi?
 - e. Adakah kegiatan-kegiatan koordinasi yang dilakukan antar staf UGD ? Berapa kali periodisasinya?
 - f. Apa saja yang dibahas dalam pertemuan koordinasi tersebut
 - g. Berapakah koordinasi UGD dengan unit kerja lainnya ?
 - h. Apakah dilakukan evaluasi masalah-masalah yang dialami UGD dalam pertemuan itu ?
 - i. Dan apakah dilakukan tindak lanjut dari pertemuan tersebut ?

DATA INFORMAN WAWANCARA MENDALAM

1. IDENTITAS :

a. Jabatan saat ini :

b. Lama menjabat : Tahun

c. Jenis Kelamin : Pria
 Wanita

d. Umur : Tahun

2. PENDIDIKAN :

Dokter / Profesi lain :

MHA/MARS/MM/

3. SEMINAR DAN PELATIHAN :

Seminar manajemen resiko / Patient Safety : tahun

di

oleh

Seminar lainnya : tahun

di

oleh

Matriks Hasil Wawancara Mendalam

No.	Variabel	Subkomponen	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5
1	Faktor Institusional	<p>a. Kebijakan Depkes/ yang pemerintah mempengaruhi pelaksanaan patient safety di RS ?</p> <p>b. Apakah kebijakan tersebut mengharuskan rumah sakit untuk melaksanakan patient safety?</p> <p>c. Untuk mewujudkan Patient Safety, regulasi apa yang mendukung ?</p> <p>d. Apakah pelaksanaan patient safety mengharuskan Rumah Sakit berhubungan dengan organisasi lain di luar rumah sakit ?</p>	<p>UU No. 9 thn 2004 tentang praktik keokteran</p> <ul style="list-style-type: none"> UU RI No.23 ttg mutu pelayanan <p>Ya, karena terkait perizinan dan standar profesi</p> <ul style="list-style-type: none"> SDM (kecakapan, kompetensi) Standar Operasional Prosedur <p>Ya, terutama ke pelaporan ke DINKES, PERSI dan KARS</p>	<p>Termasuk dalam parameter Akreditasi</p> <p>Ya, karena terkait perizinan Rumah Sakit</p> <p>SDM, peralatan, sarana prasarana, bangunan dan obat-obatan</p> <p>Ya</p>	<p>Akreditasi dan Undang-Undang Rumah Sakit</p> <p>Wajib karena ada dalam akreditasi</p> <p>Semua yang terkait pelayanan di UGD harus diatur</p>	<p>UU No. 9 thn 2004 tentang praktik keokteran</p> <ul style="list-style-type: none"> UU RI No.23 ttg mutu pelayanan <p>Ya, karena terkait perizinan Rumah Sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> SDM (kecakapan, kompetensi) Standar Operasional Prosedur <p>Ya, terutama ke pelaporan ke DINKES, PERSI dan KARS</p>	

				idem	KARS, Dinas Kesehatan	Dinkes, IDI, Birokrasi, Hukum, Stakeholder, dll				
	c. Bila Ya, dengan organisasi apa saja ?									
	f. Dalam bentuk seperti apakah hubungan tersebut dilakukan ?		Akreditasi, pelaporan dan evaluasi.	Kurang memahami	Pelaporan dan evaluasi	Akreditasi, pelaporan dan evaluasi.				
2	Faktor Organisasi & Manajemen	a. Bagaimana komitmen manajemen dalam pengorganisasian manajemen resiko?	<ul style="list-style-type: none"> Mendukung terutama untuk akreditasi Dibentuk KKPRS 	Masih kurang. Tim KPPRS sudah dibentuk tetapi programnya belum berjalan	Belum ada karena dukungan dari PT belum maksimal	Mendukung terutama untuk akreditasi				
		b. Kebijakan apakah yang ditetapkan dalam mengelola manajemen resiko di RS Bhineka Bakti Husada ?	Pembentukan Tim Keselamatan Pasien RS (SK no. 11/SK/DE/RSBBH/2008)	Pembentukan Tim Keselamatan Pasien RS	Belum ada	Membentuk Tim Keselamatan Pasien RS (SK no. 11/SK/DE/RSBBH/2008)				
		c. Bagaimana administrasi yang diterapkan dalam pengelolaan manajemen resiko?	Laporan bila ada kejadian yang dialami pasien	Belum dilaksanakan	Belum ada	Pelaporan dari masing-masing unit tentang kejadian pada pasien				
		d. Seperti apakah budaya keselamatan yang diupayakan dalam manajemen menunjung terlaksananya keselamatan pasien ?	Meningkatkan mutu pelayanan bagi pasien dan pengujung serta budaya kesadaran	Belum ada program	Belum ada	Kepedulian dan kesadaran pegawai				

	<p>e. Apakah manajemen melaksanakan evaluasi keselamatan pasien di UGD ?</p>	<p>Belum untuk tingkat luas. Baru evaluasi bila ada kejadian.</p>	<p>Tidak dilaksanakan</p>	<p>Tidak</p>	<p>Belum luas, pembatasan baru sebatas UGD saja</p>	
	<p>f. Apakah Rumah Sakit memiliki SDM yang terlatih pengelolaan keselamatan pasien khusus ? Bila ada, berapa jumlahnya dan pelatihan apa yang diikuti?</p>	<p>Belum ada. Pelatihan yang baru diikuti sosialisasi dari Dinkes saja.</p>	<p>Belum</p>	<p>Belum</p>	<p>Belum</p>	
	<p>g. Adakah Diklat dan pembinaan yang dilakukan manajemen untuk menciptakan budaya keselamatan pasien?</p>	<p>Ada, masuk dalam kegiatan orientasi pegawai baru</p>	<p>Belum</p>	<p>Belum</p>	<p>Belum</p>	
<p>3 Faktor Lingkungan Kerja</p>	<p>a. Apakah desain dan bangunan Unit Gawat Darurat yang dibuat sesuai standard yang ditetapkan untuk meminimalikan resiko ?</p>	<p>Baru sebagian</p>	<p>Belum sepenuhnya mengikuti standar, terutama peralatan dan fasilitas</p>	<p>Secara fisik sudah cukup, tetapi kurang menunjang</p>	<p>Belum karena masih ada kendala saat melaksanakan tugas</p>	<p>Tidak paham</p>
	<p>b. Standard apa yang dipakai oleh Rumah Sakit?</p>	<p>Permenkes tentang kesehatan lingkungan dan desain gedung UGD</p>	<p>Hanya berdasarkan Akreditasi</p>	<p>Belum mengikuti standar</p>		

	c. Apakah Lingkungan dievaluasi sehingga menunjang bagi keselamatan pasien rumah sakit ?	Belum	Tidak ada evaluasi	Evaluasi ada tetapi tidak ada tindak lanjut	Ada tetapi ada tidak tindak lanjut
	d. Bagaimana sistem pemeliharaan fungsi peralatan, sarana dan prasarana di UGD ?	Pemeliharaan ke dimasukkan ke pemeliharaan logistik	Sistem belum ada, hanya bila ada kerusakan saja dan kegiatan kalibrasi	Sistem pemeliharaan belum teratur	Sangat kurang diperhatikan. Tindak lanjut lambat
	e. Adakah pelaporan dilakukan bila terjadi kerusakan kesehatan ?	Termasuk sistem pemeliharaan oleh logistik	Ada	Ada, tetapi kurang lanjut	Hanya sebatas melaporkan
	f. Apakah alat kesehatan disediakan sesuai kebutuhan di UGD ?	Sebagian sesuai, disesuaikan dengan anggaran	Belum sesuai kebutuhan	Belum sesuai terutama peralatan observasi intensif	Sesuai tetapi untuk fasilitas observasi kurang
	g. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan alat di UGD ? Bila ya, kapan periodisasinya ?		Ada, tetapi kurang lanjutnya	Dilakukan 1 (satu) bulan sekali	Pertahun dalam RAPPB
	h. Apakah obat-obatan emergency tersedia lengkap di UGD sesuai kebutuhan?			Kurang lengkap. Masih menggunakan sistem peresepan	Sebagian, belum ada obat-obat kegawat daruratan jantung

4	Faktor Kerjasama Tim	<p>i. Bagaimana cara penyimpanan obat-obat UGD? Apakah mudah terjangkau? Mudah terlibat?</p> <p>a. Bagaimana sistem supervisi pelaksanaan kerja staf medis/non medis di UGD ?</p> <p>b. Bagaimana SOP konsul antar staf medis ?</p> <p>c. Apakah dilakukan sosialisasi SOP konsul dengan baik?</p> <p>d. Apakah ada evaluasi bahwa tugas antar profesi yang setingkat dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang ada?</p> <p>e. Apakah Uraian tugas dibuat lengkap ?</p>	<p>Dilakukan oleh Ka. Bagian UGD dan Ka. Ru UGD</p> <p>Pasien gawat dikonsul di UGD. Pasien TGTD dokter oleh ruangan</p> <p>Belum</p>	<p>Belum</p> <p>Belum</p>	<p>Belum</p> <p>Belum</p>	<p>Belum</p> <p>Belum</p>	<p>Di lemari obat dan alat yang mudah terjangkau</p> <p>Supervisi tidak ada, evaluasi pelaksanaan kerja juga tidak ada</p> <p>Pasien gawat dilakukan oleh dokter UGD</p> <p>Belum</p> <p>Belum</p>	<p>Untuk obat yang diletakkan di lemari. Mudah terjangkau</p> <p>Supervisi kurang maksimal dari atasan.</p> <p>Ada SOP konsul tapi tidak diaasi pelaksanaannya</p> <p>Belum</p> <p>Tidak ada</p> <p>Untuk perawat lengkap. Dokter kurang</p> <p>Untuk perawat lengkap</p> <p>Ya, terutama perawat UGD</p> <p>Lengkap untuk perawat</p>
---	----------------------	--	---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	--	--

f. Apakah uraian tugas jelas tersosialisasi ?		Ya	Ya	Kurang	Belum optimal terutama untuk dokter Belum ada
g. Adakah evaluasi bahwa uraian tugas dilaksanakan dengan baik ?	Belum.	Ada tetapi kontinyu	Tidak ada		Belum ada
h. Bila terjadi insiden apakah komite medik dan perawatan akan segera melakukan langkah-langkah yang mendukung?	Ya	Ya, tetapi sifatnya proaktif	Tidak segera, menunggu bila ada komplain saja		Kurang evaluasi kasus
i. Langkah-langkah seperti apa yang dilakukan menghadapi insiden yang terjadi ?	Membuat berita acara, dokter jaganya membuat kronologis, dilakukan pertemuan audit medik, menemui pasien diusahakan menemukan solusinya.	Klarifikasi dengan Berita Acara, telaah dokumen, kesimpulan dan tindak lanjut dengan Komite Medik	Bila ada komplain baru diadakan pertemuan dengan petugas terkait untuk klarifikasi kejadian melalui berita acara		Biasanya dibicarakan intern UGD saja sudah selesai
j. Apakah langkah terhadap seperti audit medis, pembahasan kasus, siang klinik dll ?	Ya, pembahasan kasus bila ada	Belum	Tidak		Belum maksimal, hanya sebatas UGD saja

5	Faktor Petugas	a. Adakah kebijakan manajemen tentang Standar kompetensi dan kualifikasi petugas medis di UGD ?	Ada, antara lain sudah PPGD/ ATLS/ACLS dll		Tidak ada	Pelatihan PPGD
		b. Adakah kebijakan manajemen tentang Standar kompetensi dan kualifikasi petugas paramedis di Unit Gawat Darurat ?	Ada, mengikuti PPGD juga berdasarkan peminatan dan sudah pernah tugas di Rawat Inap	Kebijakan tertulis ada, tetapi pelaksanaan kurang maksimal	Belum ada	Tidak ada seleksi khusus
		c. Bagaimana proses kredensial (seleksi tenaga medis) yang akan bertugas di UGD?	Melalui manajemen dan Rekomendasi dari SMF Umum		Kredensial belum berjalan	Tidak berjalan
		d. Bagaimana proses seleksi tenaga paramedis yang akan bertugas di UGD?	Ada persyaratannya	Berdasarkan lama kerja, dan peminatan	Tidak ada, hanya pemenuhan jumlah saja	Tidak ada
		e. Apakah semua pasien UGD ditangani langsung oleh dokter jaga ?			Ya	Ya. Perawat melakukan pemeriksaan dulu baru dokternya
		f. Bila pasien dilakukan tindakan oleh perawat apakah pelimpahan wewenang dari dokter ?		Kurang jelas, tidak selalu perawat melapor pada dokter jaga	Pelimpahan tertulis tidak ada, hanya lisan	Ya, secara lisan

		Secara tertulis belum ada dari Komite Medik	Belum ada	Belum jelas	Belum jelas
g. Bagaimana pengaturannya kewenangan tindakan antara dokter dengan perawat?		Hanya berdasarkan jadwal jaga			
h. Bagaimana cara penghitungan kebutuhan tenaga medis di UGD?		Berdasarkan jumlah kunjungan	Dengan metode Ilyas, tetapi kompetensi belum terpenuhi	Dilakukan oleh Kepala Bagian perawatan	
i. Bagaimana penghitungan tenaga paramedis di UGD?		Belum	Ya, tetapi tidak maksimal	Belum	Tidak
j. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan tenaga kerja sesuai beban kerja di UGD?		PPGD untuk perawat 1 tahun sekali	Kurang realisasinya	Program dibuat, tetapi realisasi tergantung anggaran personalia	Sangat kurang realisasinya
k. Bagaimana program untuk meningkatkan kompetensi bagi tenaga kerja di UGD?		Ya, tetapi tindak lanjutnya belum	Belum secara rutin dilakukan karena terbelur anggaran	Belum ada	
l. Apakah dilakukan evaluasi kebutuhan pelatihan di UGD dengan kebutuhan pasien yang datang ke Rumah Sakit?					

6	Faktor Tugas (prosedur kerja)	a. Apakah tersedia SOP di Unit Gawat Darurat lengkap ?	Belum lengkap, baru 30%	Kurang lengkap	Kurang lengkap	SOP perawatan lengkap. SOP medis kurang
		b. Apakah sosialisasi SOP ? Berapa kali periodisasinya?	Belum	Belum rutin	Belum dilakukan karena SOP belum lengkap	Kurang berjalan
		c. Apakah dilakukan evaluasi pelaksanaan SOP yang melibatkan masing-masing SMF?	Belum		Belum	Tidak
		d. Apakah dilakukan Kalibrasi hasil test penunjang di Unit Gawat Darurat untuk menjamin hasil yang akurat ?	Ya, untuk Tensimeter dan EKG	Ya, hanya tensimeter dan timbangan serta kurang kontinyu	Ya, untuk alat tertentu saja	Ada untuk alat tertentu
		e. Apakah tersedia pemeriksaan-pemeriksaan penunjang di Unit Gawat darurat sesuai jadwal kerja UGD ?	Laboratorium 24 jam, Radiologi jam 07.00 s.d 21.00	Laboratorium 24 jam tapi kurang lengkap, Radiologi tidak 24 jam	Kurang lengkap, tidak ada scanning, AGD dan Rontgen tidak 24 jam	Rontgen tidak 24 jam
7	Faktor Pasien	a. Bagaimana kondisi rata-rata pasien yang datang ke UGD?		Masih bisa ditangani	Jarang pasien dengan kondisi jelek karena keterbatasan fasilitas	Gawat darurat 40%, Tidak Gawat tidak darurat 60%
		b. Apakah kondisi rata-rata pasien dapat		Ya	Bisa, kecuali karena terbatas	70 % dapat ditangani

8	Faktor Komunikasi										
	ditangani di UGD ?	Sangat kecil	Jarang sekali	fasilitas							
	c. Berapa banyak komplain yang disampaikan terhadap pelayanan UGD?	Sangat kecil	Jarang sekali	Jarang karena respon timnya baik dan komunikasi juga baik							Hampir tidak ada
	d. Apakah triase untuk pasien yang gawat darurat dengan pasien lainnya benar - benar dilaksanakan?	Belum	Belum	Belum maksimal, terutama labelisasi pasien							Belum maksimal
	e. Bagaimana pelaksanaan Triase di UGD ?			Belum jelas							
	a. Bagaimana prosedur operan antar petugas jaga di UGD ?	Kurang maksimal	Kurang maksimal	Kurang maksimal karena tidak diikuti seluruh petugas							Operan tertulis dan lisan
	b. Bagaimana perawat menyampaikan kondisi pasien kepada dokter jaga?	Secara lisan berdasarkan hasil pemeriksaan	Secara lisan berdasarkan hasil pemeriksaan	Cukup sesuai pemeriksaan awal							Cukup jelas secara lisan
	c. Adakah laporan jaga tertulis petugas di Unit Gawat Darurat?	Ada, tetapi masih harus dievaluasi	Ada, tetapi masih harus dievaluasi	Ada							Ada
	d. Apakah laporan jaga tertulis tersebut informatif sehingga dapat dievaluasi?			Kurang informatif, baru berdasarkan kasus saja							Laporan perawat cukup informatif, laporan dokter belum

	e. Adakah kegiatan koordinasi yang dilakukan antar staf UGD ? Berapa kali periodisasinya?				Ada, 1 bulan sekali	Perawat 1 bulan sekali Dokter tidak rutin
	f. Apa saja yang dibahas dalam pertemuan koordinasi tersebut ?				Pelayanan, sosialisasi peraturan baru	SOP, SDM Peralatan dan pelayanan UGD
	g. Berapakah koordinasi UGD dengan unit kerja lainnya ?			1 minggu sekali	1 minggu sekali	
	h. Apakah dilakukan evaluasi masalah-masalah yang dialami UGD dalam pertemuan itu ?				Ya, tetapi tindak lanjut kurang	Ya, bila ada
	i. Dan apakah dilakukan tindak lanjut dari pertemuan tersebut ?					Tidak selalu

PEDOMAN OBSERVASI PARTISIPATIF

a. DATA PASIEN

Nama :

No. RM :

Umur* : 0 - 1 bulan >1 bulan – 1 tahun
 >1 – 5 tahun >5 – 15 tahun
 > 15 – 30 tahun > 30 – 65 tahun
 > 65 tahun

Tanggal masuk : Jam

b. RINCIAN KEJADIAN

4. Tanggal dan Waktu kejadian : Jam

5. Kronologis kejadian :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Kriteria Kejadian :

7. Insiden terjadi pada pasien (sesuai kasus dan sebutkan diagnosanya)

.....

(Lanjutan)

**c. TIPE INSIDEN (MASALAH PEMBERIAN PELAYANAN / ASUHAN
KLINIS DI UGD (CARE DELIVERY PROBLEMS)**

j. Masalah yang timbul :

k. Tipe Insiden :

l. Sub Tipe Insiden :

.....

a. ANALISA PENYEBAB INSIDEN

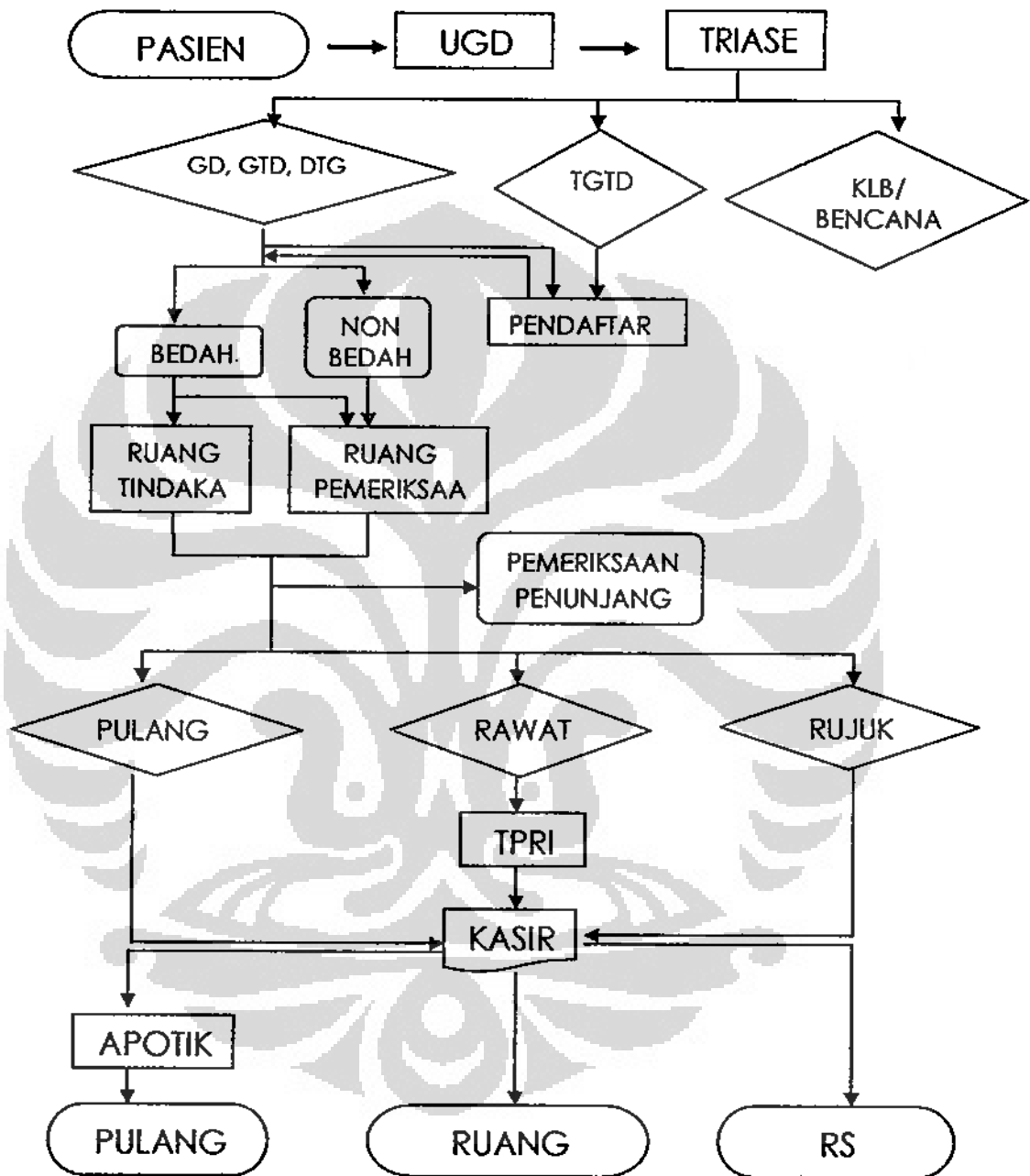
1. Penyebab Langsung (dapat lebih dari 1) :

.....
.....
.....
.....
.....

2. Penyebab Tidak Langsung (Akar Penyebab Masalah) :

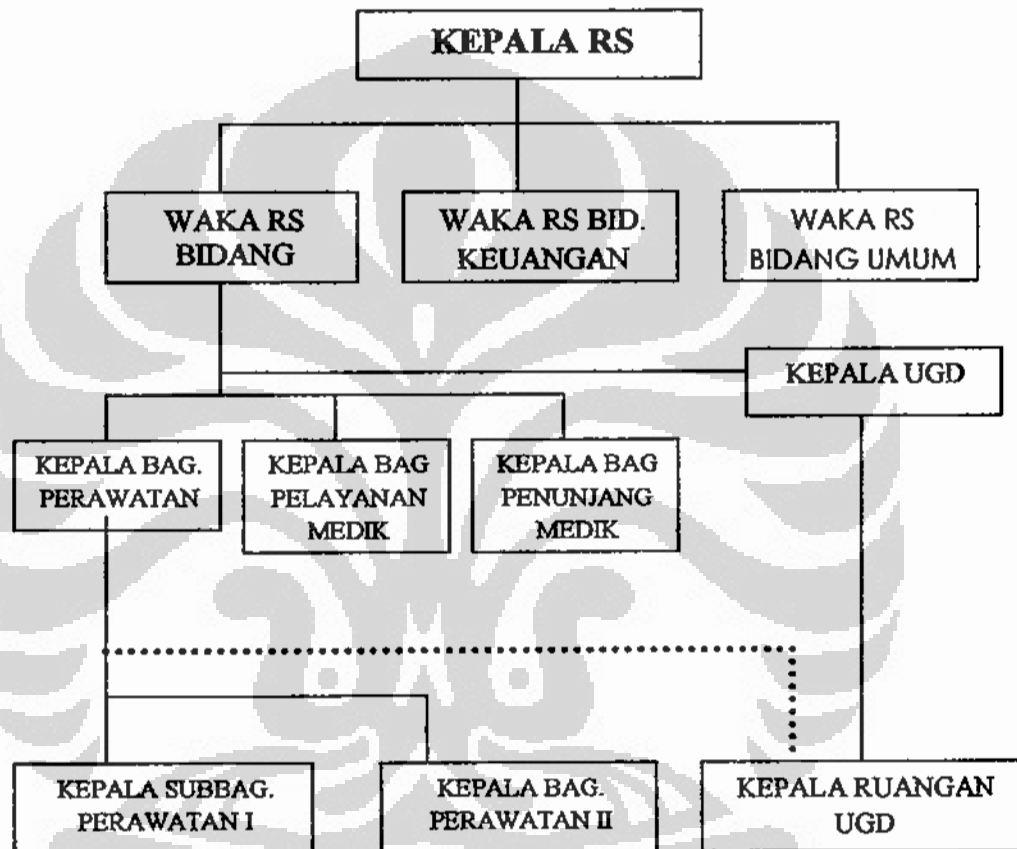
.....
.....
.....
.....

ALUR PASIEN UGD



Ket. : GD = Gawat Darurat GTD = Gawat Tidak Darurat
 DTG = Darurat Tidak Gawat TGTD = Tidak Gawat Tidak Darurat
 TPRI = Tempat Pendaftaran Rawat Inap

BAGAN ORGANISASI UNIT GAWAT DARURAT RS BHINEKA BAKTI HUSADA



LAMPIRAN : 10

